Alcohol illegale drugs medicatie en gokken

Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2001

Else De Donder

VAD

Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken

Recente ontwikkelingen in Vlaanderen
2001

COLOFON

Else De Donder
Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken
Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2001
Eerste druk

Lay-out & druk: Two by Two Letter & Beeld nv

Verantwoordelijke uitgever:
VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
S. Ansoms
E. Tollenaerestraat 15 - 1020 Brussel
© 2002, VAD

ISBN 90-805648-8-5
Wettelijk Depotnummer D/2002/6030/17

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken

Recente ontwikkelingen in Vlaanderen
2001

Else De Donder

Eerste druk





DANKWOORD

Onze bijzondere dank gaat uit naar de mensen die ons onderzoeks- en cijfermateriaal bezorgden. Zonder hun bereidwillige medewerking is de samenstelling van het VAD-jaarboek niet mogelijk.
Daarnaast past ook een woord van dank voor de collega's en anderen die bereid waren zich door een berg cijfers te worstelen bij het nalezen en becommentariëren van de teksten.

INHOUD

DEEL 1
INLEIDING

Het jaarboek van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) bundelt de meest recente cijfers over middelengebruik. We baseren ons daarvoor op administratieve of registratiegegevens en op onderzoek. We presenteren de gegevens van 2000, die we steeds vergelijken met 1999. Als de gegevens voorhanden zijn, trachten we ook een evolutie te geven van de laatste vijf of tien jaar.

We onderscheiden in het jaarboek drie grote delen. In een eerste deel schetsen we de omvang en de spreiding van het middelengebruik in Vlaanderen en België en komt eveneens gokken aan bod. We vertrekken van de marktsituatie en zeggen iets over de meningen van mensen over middelengebruik. Daarnaast hebben we het ruimschoots over de prevalentie van het gebruik van alcohol, illegale drugs en medicatie en de incidentie van gokken.

Een tweede deel gaat over de gevolgen van middelengebruik en gokken. Cijfermateriaal geeft een idee over de omvang van de gezondheidsproblemen gerelateerd aan middelengebruik. We denken dan bijvoorbeeld aan de verkeersongevallen onder invloed van alcohol, sterftes als gevolg van levercirrose, HIV-besmetting en middelengebruik, druggerelateerde overlijdens of zelfmoorden door medicatie. Aan de gevolgen van middelengebruik en gokken koppelen we ook de vraag om hulp. Diverse registratiesystemen in de hulpverleningssector zorgen ervoor dat we een beeld kunnen schetsen van de cliënten die omwille van middelengerelateerde problemen een beroep doen op verschillende vormen van hulpverlening. Doelgericht onderzoek in de drughulpverlening vult de informatie van de registratiesystemen aan.
Door het alcoholcontrolebeleid en de illegaliteit van verboden drugs moet justitie in bepaalde gevallen optreden. Soms zullen mensen eerst in contact komen met justitie vooraleer ze in de hulpverlening terechtkomen. Ook dat is een gevolg van middelengebruik. Van het niveau van de politiediensten tot het niveau van de veroordelingen kunnen we statistieken presenteren over drugmisdrijven en misdrijven in verband met alcohol.

Over preventie, waaraan het derde en laatste deel in het VAD-jaarboek is gewijd, kunnen we dit jaar de gegevens van het registratiesysteem voor preventieactiviteiten, Ginger, presenteren en bespreken we een onderzoek over preventie in het jeugdwerk voor maatschappelijk achtergestelde jongeren. We beschikken ook over evaluatiegegevens van de VAD-leerlingenbevraging als preventief instrument voor de school.

In deze verschillende onderdelen concentreren we ons op de voornaamste bevindingen over middelengerelateerde thema's uit onderzoek en andere relevante bronnen. In de bijlage hebben we meer achtergrondinformatie over de bronnen opgenomen.

In dit jaarboek stellen we de cijfers over middelengerelateerde aspecten die momenteel beschikbaar zijn, maar op een zeer versnipperde wijze en in verschillende bronnen, op een gebruiksvriendelijke manier ter beschikking. We zetten als het ware verschillende soorten gegevens over alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken uit verschillende bronnen naast elkaar. Alle bronnen belichten een beperkt aspect van de drugproblematiek. Door een grote variëteit aan benaderingen en informatiebronnen te combine-

ren, willen we een zo betrouwbaar mogelijk beeld construeren van diverse middelengerelateerde aspecten.

Bevolkingsonderzoek is een belangrijke indicator van het aantal druggebruikers in een populatie. Dat we iets kunnen zeggen over de mening van de bevolking over middelengebruik is ook het resultaat van bevolkingsonderzoek. Bevolkingsonderzoek heeft echter haar beperkingen. Zo is in België bevolkingsonderzoek naar middelengebruik beperkt tot bepaalde bevolkingsgroepen of regio's. Voor de periode 2000-2001 kunnen we enkel bevolkingsstudies bij jongeren (secundair onderwijs) weergeven. Andere leeftijdsgroepen komen niet aan bod in bevolkingsonderzoek. Ook andere groepen vallen uit de boot in bevolkingsonderzoek, bijvoorbeeld leerlingen die niet naar school gaan (spijbelaars, schoolverlaters,...), marginale bevolkingsgroepen, thuislozen, personen in instellingen,... . Om een zicht te krijgen op de dynamiek van middelengebruik en om patronen van middelengebruik te kunnen aangeven, moet bevolkingsonderzoek bovendien regelmatig volgens eenzelfde methodologie herhaald worden.
In bevolkingsonderzoek naar middelengebruik speelt ook de sociale wenselijkheid, die de richting van de antwoorden beïnvloedt, sterk mee.
Een aantal onderzoeken is ook niet opgezet om bepaalde middelengerelateerde aspecten te meten. Bij het koppelen van conclusies aan cijfers moeten we daarmee rekening houden.

Registratiegegevens van hulpverlenings- en justitiële diensten zijn andere bronnen waarop we een beroep doen. Bevolkingsonderzoek geeft vooral een indicatie van nietproblematisch druggebruik. Daarentegen geven registratiegegevens veeleer een beeld van problematisch middelengebruik. Dergelijke cijfers zijn echter zeer sterk een weerspiegeling van de middelen, de prioriteiten en het beleid van deze instanties. De circulaire die bepaalt dat aan cannabis de laagste vervolgingsprioriteit wordt gegeven, heeft bijvoorbeeld een invloed op de registratiegegevens van de politiediensten en de parketten. Daarnaast speelt ook de selectieve werking van het justitiële apparaat een rol, waardoor bepaalde bevolkingsgroepen meer kans hebben om met justitie in aanraking te komen dan andere. Ook vinden bepaalde groepen minder dan andere hun weg naar de traditionele drughulpverlening.

Heel wat cijfermateriaal valt onder de zogenaamde *administratieve of officiële statistieken*. Ook hier stellen zich enkele knelpunten. Productie, distributie en afnamegegevens over alcohol en medicatie zijn bijvoorbeeld zeer verschillend naargelang de bron die je kiest. De verschillen lopen in de miljoenen. Bij dit soort statistieken is het vaak gissen naar hoe de dataverzameling gebeurde. In de mate van het mogelijke proberen we dit in het jaarboek toch te verduidelijken. Alleszins bemoeilijkt het gebrek aan uniforme methodologie de interpretatie. Vooral bij administratieve cijfers verloopt er ook een hele tijd tussen de periode van de dataverzameling en de publicatie van de gegevens. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de gegevens over de veroordelingen. We proberen steeds het meest recente cijfermateriaal op te nemen.

In de periode 2000-2001 is ook kwalitatief onderzoek gevoerd, wat essentieel is om een diepgaand inzicht te krijgen in middelengerelateerde problematieken. Ook dit vindt u terug in het VAD-jaarboek.

DEEL 2
OMVANG EN SPREIDING VAN MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

Hoofdstuk 1. De economie achter het middelengebruik

Gegevens over de productie, de in- en uitvoer, de verkoop van alcohol en psychoactieve medicatie, of gegevens over de voorschriften voor psychoactieve medicatie zijn indicatoren om de binnenlandse markt voor de verschillende producten te beschrijven. Ook de illegaledrugmarkt kan met behulp van gelijkaardige indicatoren, zoals de inbeslagnames of de drugprijzen, gesitueerd worden. De gegevens waarop we ons voor dit deel beroepen, zijn echter meestal voor andere doeleinden verzameld. Het gaat hier doorgaans om administratieve gegevens.

1.1 De alcoholeconomie draait

1.1.1 Productie van alcohol

België staat internationaal bekend als een bierland. Wanneer we de productie bekijken, kunnen we dit alvast concluderen. Van alle alcoholische dranken wordt bier immers in de grootste hoeveelheden geproduceerd. Afhankelijk van de geraadpleegde bron komen we echter sterk verschillende productiecijfers tegen.
Kijken we naar de *statistiek van de industriële productie*[1] uitgegeven door het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS), dan werd er in 2000 1,5 miljard liter bier geproduceerd voor een waarde van bijna 47 miljard BEF (tabel 1) (NIS, 2001b). België produceerde toen bijna zeven miljoen liter sterke drank voor een waarde van 1,8 miljard BEF. Deze statistiek geeft voor 2000 geen productiecijfers over wijn. Voor zowel bier als sterke drank betekent dat een lichte toename in de productie tegenover 1999.

Tabel 1
Productie van alcoholische dranken in België (2000)

	hoeveelheid (in liter)	waarde (in 1.000 BEF)
bier	1.547.074.333	46.993.243
wijn	-	-
sterke drank[2]	6.970.398[3]	1.847.624

Bron: NIS, 2001b, p. 35-36

[1] De gegevens van deze statistiek worden verzameld via de Prodcom-enquête. De meeste industriële ondernemingen met 10 of meer personeelsleden of met een jaaromzet van 100 miljoen BEF, en sommige andere ondernemingen met een industriële nevenactiviteit waar ten minste 20 personen werken, zijn onderworpen aan Prodcom (NIS, 2001b).
[2] In het cijfer van sterke drank is ook ethylalcohol of zuivere alcohol verrekend.
[3] In liter zuivere alcohol 100%.

World Drink Trends neemt eveneens cijfers op over de productie van alcohol. België zou volgens deze data in 1998 116.000 hl sterke drank (uitgedrukt in pure alcohol) geproduceerd hebben (Productschap voor gedistilleerde dranken, 2001)[4]. Voor bier en wijn zijn de productiecijfers van België en Luxemburg samengenomen. In 1999 produceerden België en Luxemburg samen 14.575.000 hl bier en ongeveer 150.000 hl wijn.
De productie van sterke drank ligt volgens deze bron heel wat hoger dan op basis van de voorgaande cijfers van het Nationaal Instituut voor de Statistiek.
De *administratie der douane en accijnzen* verbindt de geproduceerde hoeveelheid alcoholische dranken aan de accijnsopbrengst (ministerie van Financiën, 2000). Volgens deze gegevens is de productie van alcohol in België in vergelijking met voorgaande jaren achteruitgegaan. Dit is ook voor bier het geval. Bier blijft echter, ook in 2000, de meest geproduceerde alcoholische drank in België, maar de geproduceerde hoeveelheid verschilt alweer sterk met de voorgaande gegevens. In 2000 zou 177.466.676 hl°plato[5] bier geproduceerd zijn (tabel 2). De productie is afkomstig van 122 ondernemingen.

Tabel 2
Productie van alcohol en accijnsopbrengst [5]

product	jaar	geproduceerde hoeveelheid	aantal inrichtingen	ontvangst aan accijnzen in miljoen BEF
bier	1997	187.039.167 hl°Plato	125	9.130
	1998	185.105.184 hl°Plato	121	8.337
	1999	184.510.130 hl°Plato	123	8.470
	2000	177.466.676 hl°Plato	122	8.407
alcohol (100% vol, 20°C) (sterke drank)	1997	11.063,35 hl	9	8.250
	1998	3.199,00 hl	9	7.737
	1999	2.399,62 hl	10	7.769
	2000	2.169,56 hl	9	8.296
gegiste vruchtendranken (wijn)	1997	38.426.400 l	43	3.710
	1998	19.697.300 l	38	3.883
	1999	14.973.900 l	42	4.013
	2000	14.189.800 l	45	4.091
mousserende gegiste dranken (100% vol, 20°C)	1997	3.934.400 l	9	860
	1998	4.343.100 l	9	937
	1999	4.518.200 l	9	1.012
	2000	4.334.700 l	10	950

Bron: ministerie van Financiën, 2000, p. 7-8 & p. 16-17

[4] De productie van bier en sterke drank wordt geschat op basis van verkoopcijfers.
[5] Het aantal graden Plato drukt het stamwortgehalte uit van bier. Dit is het aantal grammen opgeloste stoffen (waaronder suikers) in 100 gram wort (=zoetige vloeistof die verkregen wordt bij het maischen (proces waarbij moutenzymen het zetmeel omzetten in suikers)). Het is een maat voor de sterkte van het te maken bier. Aan de hand van dit stamwortgehalte wordt het accijnsbedrag bepaald. 12° Plato betekent dat 100 gram wort bij 20°C 12 gram suiker bevat.
[6] De cijfers voor 1997 tot 1999 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001, p. 6).

1.1.2 Opbrengsten van de alcoholverkoop

Aan de productie van bier wordt tevens de grootste accijnsopbrengst overgehouden, 8,4 miljard BEF in 2000 (tabel 2). De opbrengst aan accijnzen voor sterke dranken bedroeg in 2000 8,3 miljard BEF.
Momenteel bedraagt de accijns op bier 1,7105 EUR per hl°Plato. De accijns op sprankelende wijn bedraagt 161,1308 EUR per hl en op niet-sprankelende wijn 47,0998 EUR per hl. Van wijnen met niet meer dan 8,5% alcohol bedraagt de accijns 14,8736 EUR per hl. Voor de tussenproducten (aperitieven, porto, sherry,...) is de accijns afhankelijk van het percentage alcohol. Onder de 15% is de accijns 74,3681 EUR per hl en boven de 15% alcohol stijgt de accijns tot 99,1575 EUR per hl. Voor de sprankelende tussenproducten is de accijns vastgelegd op 161,1308 EUR per hl. Voor sterke dranken bedraagt de accijns 1.660,8866 EUR per hl pure alcohol[7]. Daarnaast is de BTW op alcohol in België op 21% vastgelegd.

Naast accijnzen int de Belgische Staat een openingsbelasting en een bedrag aan vergunningsrecht op de drankhandel.
In 2000 werd 516,7 miljoen BEF geënd aan openingsbelasting en 210,3 miljoen BEF aan vergunningsrecht (tabel 3).

Tabel 3
Ontvangst aan openingsbelasting en vergunningsrecht [8]

	jaar	aantal inrichtingen	ontvangst aan accijnzen in BEF
openingsbelasting	1997	59.099	662.500.000
	1998	57.542	565.800.000
	1999	56.900	531.700.000
	2000	53.332	516.700.000
vergunningsrecht	1997	30.160	326.700.000
	1998	30.728	350.600.000
	1999	30.529	202.800.000
	2000	30.827	210.300.000

Bron: ministerie van Financiën, 2000, p. 8 &15

[7] Dit volgens de wet van 7 januari 1998 betreffende de structuur en de accijnstarieven op alcohol en alcoholhoudende dranken (B.S. 4 februari 1998).
[8] De cijfers voor 1997 tot 1999 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001, p. 7).

1.1.3 In- en uitvoer van alcohol

Gegevens over de import en export van alcoholische dranken vinden we in de *statistiek van de buitenlandse handel*. België voerde in 2000 647,5 miljoen liter alcohol in en 1 miljard liter alcohol uit (Instituut voor Nationale Rekeningen, 2001) (tabel 4). België voert hoofdzakelijk wijn in (285,9 miljoen liter). Aan de invoer van wijn wordt dan ook het meest besteed (748,6 miljoen EUR). Bier is het meest uitgevoerde product onder de alcoholische dranken. Er werd in 2000 meer dan een half miljard liter bier geëxporteerd, wat overeenkomt met een waarde van 373,6 miljoen EUR.

Tabel 4
In- en uitvoer van alcoholische dranken in België (2000)

	invoer		uitvoer	
	hoeveelheid in liter	waarde (in 1.000 EUR)	hoeveelheid in liter	waarde (in 1.000 EUR)
bier	174.276.000	115.105	665.262.000	373.645
wijn[9]	285.958.000	748.613	30.764.000	107.275
sterke drank[10]	187.260.000	320.468	45.147.000	182.892
totaal	**647.494.000**	**1.184.186**	**741.173.000**	**663.812**

Bron: Instituut voor Nationale Rekeningen, 2001, p. 140-150, berekeningen VAD

1.1.4 Bier in het bijzonder

De *Confederatie der Brouwerijen van België* (CBB) brengt al deze informatie samen voor de bierindustrie (CBB, 2001a-c). Tabel 5 laat zien dat het aantal actieve brouwerijen in België afneemt van 126 in 1990 naar 113 in het jaar 2000. Toch is de bierproductie in diezelfde periode toegenomen. Dit heeft vooral te maken met de stijgende bierexport die in tien jaar tijd is verdubbeld. In 2000 werd er 14,8 miljoen hl bier geproduceerd. Daarvan was 5,5 miljoen hl bier bestemd voor de export.
Vooral pils, abdijbier en witbier worden uitgevoerd (CBB, 2001b, p. 14). Dit zijn tevens de bieren die ook in België het meest in trek zijn. Na de daling van de bierimport in het begin van de jaren negentig heeft zich terug een stijging ingezet. In 2000 werd er 24% meer bier ingevoerd in vergelijking met 1990. Ons land voert vooral bier in uit Denemarken, Duitsland en Nederland en van buiten Europa scoort ook Mexicaans bier goed (CBB, 2001b, p. 15).

---

[9] In de cijfers voor wijn zijn enkel de categorieën 2204 en 2205 uit de Statistiek van de Buitenlandse Handel opgenomen. De appelwijnen, perenwijnen en honingdranken zijn niet inbegrepen (categorie 2206).

[10] In het cijfer van sterke drank is ook ethylalcohol verrekend. Het gaat om de categorieën 2207 en 2208. Voor de sterke dranken zijn de hoeveelheden uitgedrukt in liter pure alcohol.

Tabel 5
De evolutie van het aantal brouwerijen, de bierproductie, de import en de export van bier (1990-2000) [11]

jaar	aantal actieve brouwerijen	bierproductie in 1.000 hl	bierimport in 1.000 hl	bierexport in 1.000 hl
1990	126	14.141	648	2.752
1991	121	13.799	459	3.145
1992	126	14.259	467	3.458
1993	106	14.182	454	3.776
1994	115	14.742	570	4.592
1995	115	14.528	593	4.608
1996	117	14.232	585	4.229
1997	109	14.014	646	4.439
1998	110	14.105	731	4.825
1999	112	14.575	703	5.072
2000	113	14.734	804	5.474

Bron: CBB, 2001a, p. 9

1.1.5 Uitgaven aan alcohol

De uitgaven van Belgische gezinnen aan alcohol zijn een indicator voor het consumptiepatroon. Uit het huishoudbudgetonderzoek van het Nationaal Instituut voor de Statistiek blijkt dat 10,3% van het totale budget dat besteed wordt aan voedingsmiddelen, dranken en tabak, naar alcoholische dranken gaat. We spreken dan uitsluitend over de bestedingen in winkels en niet in de horeca. De Belgische huishoudens besteedden in 2000 gemiddeld 11.975 BEF aan wijn en aperitieven (tabel 6) (NIS, 2001a). Aan bier werd in 2000 gemiddeld 4.280 BEF uitgegeven en aan sterke drank 2.065 BEF. De Vlaamse huisgezinnen besteden minder aan wijn en aperitieven in vergelijking met Brusselaars en Walen, maar ze zijn wel de koplopers voor uitgaven aan bier.

[11] De cijfers van 1990 tot 1998 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 1999 (De Donder, 2000, p. 127).

Tabel 6
Gemiddelde uitgaven (in BEF) aan alcoholische dranken per huishouden per jaar (2000)

	België	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
sterke drank	2.065	1.584	2.096	2.167
wijn & aperitieven	11.975	11.331	10.622	14.548
bier	4.280	2.959	4.475	4.374
totaal	**18.320**	**15.874**	**17.193**	**21.089**

Bron: NIS, huishoudbudgetonderzoek, 2001a

Op basis van de huishoudbudgetenquête kunnen de gemiddelde uitgaven aan alcohol ook bekeken worden naar leeftijd en beroepsstatuut van de referentiepersoon in het gezin. We zien dan dat in 2000 het meest wordt uitgegeven door de leeftijdscategorie 50 tot 59 jaar (tabel 7). Mensen jonger dan 40 jaar besteden thuis het minst aan alcohol.

Tabel 7
Gemiddelde uitgaven (in BEF) aan alcoholische dranken per huishouden per jaar naar leeftijd van de referentiepersoon (2000)

	20-29 jaar	30-39 jaar	40-49 jaar	50-59 jaar	≥ 60 jaar
sterke drank	911	1.265	2.477	2.772	2.223
wijn & aperitieven	8.764	8.311	15.284	16.507	10.540
bier	2.549	3.424	4.907	5.744	4.067
totaal	**12.224**	**13.000**	**22.668**	**25.023**	**16.830**

Bron: NIS, huishoudbudgetonderzoek, 2001a

Gezinnen waarvan de referentiepersoon bediende of zelfstandige is, geven in 2000 het meest uit aan alcohol (tabel 8). Van alle beroepsstatuten geven zelfstandigen het meest uit aan sterke drank, bedienden aan wijn, aperitieven en bier.

Tabel 8
Gemiddelde uitgaven (in BEF) aan alcoholische dranken per huishouden per jaar naar beroepsstatuut van de referentiepersoon (2000)

	zelfstandigen	arbeiders	bedienden	gepen-sioneerden	andere niet-actieven
sterke drank	3.184	1.628	2.032	2.162	902
wijn & aperitieven	14.847	6.959	15.917	9.873	4.525
bier	3.831	4.688	4.760	4.033	2.758
totaal	**21.862**	**13.275**	**22.709**	**16.068**	**8.185**

Bron: NIS, huishoudbudgetonderzoek, 2001a

Aangezien het huishoudbudgetonderzoek al in de jaren zeventig is opgezet, kunnen we de evolutie in de uitgaven aan alcohol over de jaren heen bekijken (tabel 9). De totale uitgaven aan alcohol zijn met de jaren gestegen, maar niet voor alle dranken. De gezinsuitgaven aan sterke drank zijn sterk gedaald van bijna 3.000 BEF in 1978-1979 naar 2.000 BEF in het jaar 2000. De uitgaven aan wijn en aperitieven zijn daarentegen fors toegenomen. Eind jaren zeventig gaf een gezin aan wijn en aperitieven gemiddeld 3.393 BEF uit terwijl in 2000 gemiddeld 12.000 BEF aan deze dranken werd besteed. Vanaf de jaren zestig stijgt immers de levensstandaard en verruimt het aanbod (Dom, 2000). Mensen gaan vaker op reis en leren andere drank- en eetgewoonten kennen. Wijn drinken, bijvoorbeeld, is 'in'. Daarenboven staat de maatschappij, net zoals nu trouwens, heel tolerant tegenover alcoholgebruik. Op feesten is steeds de nodige alcohol aanwezig. Ook vrouwen hebben een inhaalmanoeuvre gedaan (Delhaas en Eussen, 1999). Waar eind jaren zeventig de wijnconsumptie per capita nog een stijgende tendens vertoont, gaat eind jaren negentig het wijnverbruik terug achteruit (Productschap voor gedistilleerde dranken, 2001). Ook de gemiddelde uitgaven aan bier zijn in de loop der jaren toegenomen, zij het niet zo opvallend.
Overeenkomstig bovenstaande vaststellingen zien we dat het budget voor sterke drank en wijn respectievelijk daalt en stijgt in verhouding met het totaalbudget voor voeding, dranken en tabak. Voor bier schommelt zowel het absolute bedrag als het percentage van het totaalbudget voor voeding, dranken en tabak dat aan bier wordt besteed.

Tabel 9
Gemiddelde uitgaven (in BEF) aan alcoholische dranken per huishouden per jaar en aandeel in budget besteed aan voeding, dranken en tabak

jaar	sterke drank		wijn & aperitieven		bier		**totaal**	
	BEF	%	BEF	%	BEF	%	**BEF**	**%**
'78-'79	2.937	2,6	3.393	3,0	3.386	3,0	**9.716**	**8,7**
'87-'88	2.109	1,5	5.622	4,1	3.073	2,2	**10.804**	**7,8**
'95-'96	2.420	1,4	9.747	5,6	4.655	2,7	**16.822**	**9,6**
'96-'97	2.131	1,3	9.153	5,4	4.644	2,7	**15.928**	**9,4**
'97-'98	2.117	1,2	9.703	5,6	4.461	2,6	**16.281**	**9,4**
'99	2.083	1,2	10.263	5,9	3.990	2,3	**16.336**	**9,4**
'00	2.065	1,2	11.975	6,7	4.280	2,4	**18.320**	**10,3**

Bron: NIS, huishoudbudgetonderzoek, 2001a

1.1.6 Alcoholverbruik in de horeca

Behalve thuis wordt ook alcohol geconsumeerd op café of restaurant. Volgens de budgetenquête werd daar in 2000 53.383 BEF per huishouden uitgegeven (NIS, 2001a). Een deel daarvan gaat naar alcoholische dranken. Gezinnen waarvan de referentiepersoon tussen 40 en 49 jaar is, geven het meest uit in cafés en restaurants. De zestigplussers doen dit het minst. Van de verschillende beroepsgroepen besteden zelfstandigen het meest op restaurant en op café.

Het aantal cafés in België blijft dalen. In 1999 waren er nog 25.414 cafés (tabel 10), tegenover 27.559 in 1997 (CBB, 2001b). Het aantal restaurants en hotels blijft redelijk stabiel (respectievelijk 22.061 en 1.830 in 1997 en 22.468 en 1.767 in 1999)[12]. De provincie Brabant heeft het hoogste aantal horecazaken, gevolgd door de provincie Antwerpen. Van al de provincies telt Brabant de meeste cafés en restaurants. West-Vlaanderen heeft dan weer de meeste hotels.

Tabel 10
Het aantal drankinrichtingen per provincie en per type (1999)

provincie	hotels	restaurants	cafés	totaal horeca[13]
Antwerpen	134	3.706	3.970	8.051
Vlaams/Waals-Brabant [14]	289	5.599	4.670	10.809
West-Vlaanderen	586	2.862	3.893	7.642
Oost-Vlaanderen	108	2.702	4.212	7.217
Henegouwen	70	2.100	3.110	5.402
Luik	201	2.194	1.960	4.527
Limburg	81	1.848	2.085	4.178
Luxemburg	189	525	607	1.445
Namen	109	932	907	1.052
totaal	**1.767**	**22.468**	**25.414**	**51.323**

Bron: CBB , 2001b, p. 20

1.1.7 Tewerkstelling in de alcoholindustrie

Ten slotte bekijken we de tewerkstelling in de alcoholproducerende nijverheid. In Vlaanderen waren op 30 juni 2000 4.132 werknemers van brouwerijen opgenomen in de sociale zekerheid (RSZ-gedecentraliseerde statistiek) (tabel 11). Voor België waren er dat 5.723. In de hele sector van de productie van alcoholische dranken waren op 30 juni 2000 6.307 werknemers opgenomen in de sociale zekerheid voor heel België en 4.553 voor Vlaanderen. Tegenover 1999 bleef dit aantal relatief stabiel (resp. –0,5% voor België en +0,5% voor Vlaanderen).

[12] De cijfers van 1997 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 1999 (De Donder, 2000, p. 128).
[13] In het totaal van de horeca zijn, behalve de genoemde drie drankinrichtingen, ook nog de verkoop van dranken op de treinen meegerekend. Vandaar dat de optelsom van de genoemde drie drankinrichtingen enigszins verschilt van het totaal gepresenteerd in kolom 5.
[14] Cijfers voor Vlaams- en Waals-Brabant worden in deze bron niet apart vermeld.

Tabel 11
Tewerkstelling in de productie van alcohol in Vlaanderen en België (30 juni 2000)

	vrouwen	mannen	totaal
Vlaams Gewest			
brouwerijen	513	3.601	4.132
mouterijen	19	182	201
vervaardiging van cider en andere vruchtenwijn	33	102	135
vervaardiging van gedistilleerde alc.dranken	28	47	75
vervaardiging van ethylalcohol door gisting	5	5	10
totaal	**616**	**3.937**	**4.553**
	13,5%	**86,5%**	**100%**
België			
brouwerijen	751	4.972	5.723
mouterijen	27	207	234
vervaardiging van cider en andere vruchtenwijn	57	199	256
vervaardiging van gedistilleerde alc.dranken	31	53	84
vervaardiging van ethylalcohol door gisting	5	5	10
totaal	**871**	**5.436**	**6.307**
	13,8%	**86,2%**	**100%**

Bron: RSZ, gedecentraliseerde statistiek

1.2 Vraag en aanbod van psychoactieve medicatie

1.2.1 Aanbod van geneesmiddelen

De *statistiek van de industriële productie* van het Nationaal Instituut voor de Statistiek geeft productiecijfers weer van de farmaceutische industrie (NIS, 2001b). In 2000 werd voor 68 miljard BEF geneesmiddelen geproduceerd. De omzet in de farmaceutische sector stijgt, hoewel het aantal farmaceutische bedrijven als gevolg van fusies daalt. In 1999 zijn er 162 farmaceutische bedrijven (Van Tielen, 2001, p. 122).
Op basis van de *statistiek van de buitenlandse handel* kunnen we zeggen dat in 2000 108,4 miljoen verpakkingen geneesmiddelen[15] werden ingevoerd voor een bedrag van 4,4 miljard EUR (Instituut voor Nationale Rekeningen, 2001). Er werden iets minder geneesmiddelen uitgevoerd, maar de waarde van de uitgevoerde producten lag hoger, namelijk op 5 miljard EUR.
Eind 2000 waren er in België 11.927 geregistreerde geneesmiddelen, waarvan er 10.760 voor humaan gebruik bestemd zijn (AVGI, 2000, p. 17).

---

[15] In deze cijfers zijn de volgende geneesmiddelen opgenomen: geneesmiddelen die penicillinen, streptomycinen, antibiotica, hormonen, alkaloïden, jodium, insuline, provitaminen of vitaminen bevatten (categorieën 3003 en 3004 uit de statistiek van de buitenlandse handel).

1.2.2 Voorschriften en verkoop

Welke van deze geneesmiddelen effectief worden verkocht, kunnen we nagaan aan de hand van de gegevens van *IMS Health.* IMS Health beschikt immers over verkoopsgegevens van geneesmiddelen, maar ook over gegevens die het voorschrijfgedrag in de ambulante sector aangeven[16]. Het Belgisch Instituut voor de Gezondheidseconomie (BIGE) berekende op basis van IMS Health cijfers dat in de ambulante praktijk in 1999 11 miljoen voorschriften werden voorgeschreven voor psycholeptica, 5,9 miljoen voor analgetica en 5,5 miljoen voor psychoanaleptica (Van Tielen, 2001, p. 135).

We spitsen ons toe op de verkoop van pijnstillers, psychoactieve geneesmiddelen, vermageringsmiddelen en middelen tegen verslaving.
Binnen de groep pijnstillers zijn het vooral de eenvoudige pijnstillers die veel worden verkocht (tabel 12). In 2000 werden er in België meer dan 30 miljoen eenheden van verkocht. Daarvan zijn het vooral de pijnstillers op basis van paracetamol (bijvoorbeeld Dafalgan®, Perdolan mono®, Efferalgan®,...) die goed over de toonbank gaan. Daarna volgen Aspirine®, Aspro®, Aspégic® en dergelijke en daarna de pijnstillers met codeïne. Tegenover 1999 zijn er geen grote verschuivingen in de verkoop van deze groep pijnstillers.
In 1999 waren de meest verkochte pijnstillers van degene die inwerken op het centrale zenuwstelsel op basis van morfine. In 2000 werden uit deze groep vooral pijnstillers verkocht op basis van fentanyl[17] (129.400 verkochte eenheden). Van methadon en buprenorphine, middelen die ook gebruikt wordt bij de behandeling van heroïneverslaving, werden in 2000 in België respectievelijk 14.100 en 25.200 eenheden verkocht. Op basis van deze cijfers kunnen we echter niet zeggen of deze producten als pijnstillers of als middel bij opiaatverslaving gebruikt worden.
Antimigrainemiddelen zijn goed voor 606.000 verkochte eenheden. Tegenover 1999 ging de verkoop van deze producten achteruit.

---

[16] De *voorschriftgegevens* zijn kwalitatieve gegevens gebaseerd op een panel van artsen. Het panel bestaat uit 500 artsen, samengesteld uit 170 huisartsen en 330 specialisten van 15 specialiteiten. Zij registreren één week per trimester. Dit betekent dat ze voor elke consultatie een dubbel van het voorschrift doorgeven aan IMS-Health. Daarop worden nog gegevens van de patiënt vermeld, de diagnose, of het al dan niet gaat om een nieuwe behandeling, duur van de behandeling,.... Deze gegevens extrapoleert IMS-Health naar de hele artsenpopulatie in België. De niet-ambulante hospitaalpraktijk is niet in deze gegevens opgenomen. Deze cijfers geven enkel een indicatie van hoeveel keer een bepaald middel werd voorgeschreven. De *verkoopgegevens* zijn afkomstig van 99,5% van de groothandel. Aantal verkochte eenheden staat voor het aantal verkochte verpakkingen.

[17] Producten op basis van fentanyl worden hoofdzakelijk in ziekenhuizen gebruikt.

Tabel 12
Voorschriften en verkochte eenheden van pijnstillers (2000)[18]

	voorschriften	verkochte eenheden
pijnstillers die inwerken op het centraal zenuwstelsel (narcotica)	193.000	313.400
waarvan fentanyl	67.000	129.400
waarvan morfine	54.000	109.700
waarvan methadon	8.000	14.100
waarvan buprenorphine	18.000	25.200
eenvoudige pijnstillers[19] (niet-narcotica en antipyretica)	5.112.000	30.297.900[20]
waarvan paracetamol (bv. Dafalgan®, Perdolan mono®, Efferalgan®,...)	2.362.000	16.576.600
waarvan acetylsalicylzuur (bv. Aspro®, Aspirine®, Aspégic®,...)	702.000	11.208.700
waarvan codeïne	815.000	8.537.100
anti-migrainemidddelen	454.000	606.000

Bron: IMS Health

Psychoactieve geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die een direct risico voor afhankelijkheid inhouden. Ze beïnvloeden psychische processen. We kunnen hierin slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, psychostimulantia en antidepressiva onderscheiden. In 2000 werden in België 20 miljoen verpakkingen psychoactieve geneesmiddelen verkocht. Hoewel de verkoop van kalmeringsmiddelen tegenover 1999 licht is afgenomen, blijven kalmeringsmiddelen de meest verkochte medicijnen onder de psychoactieve medicatie. In 2000 werden er 8.136.100 verpakkingen van verkocht (tabel 13). Het gaat vooral om benzodiazepines. Slaapmiddelen zijn de tweede best verkochte geneesmiddelen uit deze groep. Ook van deze producten ging de verkoop in 2000 licht achteruit. Benzodiazepines zijn ook hier de meest courant verkochte slaapmiddelen (meer dan 4 miljoen verkochte eenheden in 2000).
De verkoop van antidepressiva en psychostimulantia zit duidelijk in de lift. In 2000 werden 5,7 miljoen eenheden van antidepressiva verkocht. In vergelijking met 1999 is de verkoop met 7,6% gestegen. Vooral serotonine-heropnameremmers, waarvan bijvoorbeeld Prozac® een bekend merk is, liggen goed in de markt. Bij de andere antidepressiva scoort ook trazodone (bijvoorbeeld Trazolan®) goed. Van Prozac® en Trazolan® bijvoorbeeld werden in 2000 meer dan een half miljoen eenheden verkocht.

---

[18] In deze tabel wordt voor de hoofdcategorieën aangegeven welke werkzame bestanddelen het meest worden verkocht en/of voorgeschreven. Producten op basis van paracetamol worden bv. het meest verkocht in de categorie eenvoudige pijnstillers.

[19] Sinds maart 2002 zijn pijnstillers die 30 mg codeïne bevatten niet langer vrij verkrijgbaar.

[20] De som van het aantal verkochte eenheden van de categorieën onder 'eenvoudige pijnstillers' is hoger dan het totale aantal verkochte eenheden van 'eenvoudige pijnstillers'. Een 'eenvoudige pijnstiller' kan immers bestaan uit verschillende categorieën.

Psychostimulantia vormen qua verkoop de kleinste groep onder de psychoactieve medicatie met 388.300 verkochte eenheden in 2000. Nochtans is de verkoop van deze producten in 2000 met bijna 20% gestegen. Deze toename heeft vooral te maken met het grote succes van Rilatine®. De verkoop van dit product verviervoudigde op een jaar tijd. In 2000 werden hiervan 298.000 eenheden verkocht.

Tabel 13
Voorschriften en verkochte eenheden van geneesmiddelen die inwerken op het centraal zenuwstelsel (2000)

	voorschriften	verkochte eenheden
slaapmiddelen (hypnotica/sedativa)	3.560.000	5.951.100
waarvan benzodiazepines (bv. Rohypnol®, Halcion®, Lendormin®,...)	2.429.000	4.126.200
kalmeringsmiddelen (tranquillizers)	6.002.000	8.136.100
waarvan benzodiazepines (bv. Valium®, Seresta®, Temesta®,...)	5.565.000	7.570.200
psychostimulantia	112.000	388.300
waarvan Rilatine®	71.000	298.000
antidepressiva	4.844.000	5.740.700
waarvan fluoxetine (Prozac®)	495.000	631.300
waarvan trazodone (Trazolan®)	584.000	544.800

Bron: IMS Health

De voorschrijfgegevens van IMS Health kunnen bekeken worden naar sekse en leeftijd, waardoor we een idee krijgen van het voorschrijfgedrag in de ambulante sector. Kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen worden vooral aan vrouwen en aan de oudere leeftijdsgroepen voorgeschreven (tabel 14). Een kritieke groep zijn de 65-plussers en personen tussen 40 en 54 jaar. Kalmeringsmiddelen worden vaker voorgeschreven dan slaapmiddelen. Een belangrijk deel van de voorschriften is bestemd voor jongeren (jonger dan 20 jaar). In 2000 zijn 20.000 voorschriften voor slaapmiddelen en 29.000 voorschriften voor kalmeringsmiddelen voorgeschreven aan meisjes jonger dan twintig jaar.

Tabel 14
Voorschriften voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen naar sekse en leeftijd (2000)

	slaapmiddelen		kalmeringsmiddelen	
leeftijd	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
1-4 jaar	2.000	1.000	2.000	4.000
5-11 jaar	1.000	7.000	2.000	3.000
12-19 jaar	6.000	12.000	9.000	22.000
20-29 jaar	35.000	53.000	70.000	101.000
30-39 jaar	87.000	111.000	186.000	299.000
40-54 jaar	266.000	480.000	511.000	915.000
55-64 jaar	215.000	397.000	375.000	752.000
65+ jaar	520.000	1.255.000	798.000	1.783.000
onbekend	14.000	15.000	24.000	37.000
totaal	**1.147.000**	**2.331.000**	**1.977.000**	**3.916.000**

Bron: IMS Health

Rilatine® wordt daarentegen vooral aan kinderen voorgeschreven (tabel 15). In 2000 kregen vooral jongens tussen 5 en 11 jaar Rilatine® voorgeschreven.

Tabel 15
Voorschriften voor Rilatine® naar sekse en leeftijd (2000)

leeftijd	mannen	vrouwen
1-4 jaar	-	-
5-11 jaar	34.000	8.000
12-19 jaar	12.000	1.000
20-29 jaar	1.000	-
30-39 jaar	1.000	
40-54 jaar	1.000	3.000
55-64 jaar	1.000	1.000
65+ jaar	1.000	2.000
onbekend	-	-
totaal	**51.000**	**15.000**

Bron: IMS Health

Andere geneesmiddelen, waarvan het gebruik tot gezondheidsproblemen kan leiden, zijn vermageringsmiddelen, eetlustremmers en anabole steroïden. In 2000 werden in België 866.000 eenheden van vermageringsmiddelen verkocht, terwijl er 218.000 voorschriften werden geschreven. Voor anabole steroïden zien we in 2000 53.000 voorschriften en 119.000 verkochte eenheden (IMS Health).

Geneesmiddelen tegen verslaving vormen een aparte groep waarvan we de verkoop bekijken. Het ligt voor de hand dat de middelen tegen nicotineverslaving het meest worden verkocht (bv. Nicorette® kauwgum en pleisters, Nicodon®,...) (tabel 16). In 2000 gingen bijna een half miljoen eenheden over de toonbank. Van middelen tegen alcoholverslaving werden in 2000 47.700 eenheden verkocht.
Van naloxone, een opiaatantagonist werden in 2000 400 eenheden verkocht, maar in de IMS-data konden geen voorschriftgegevens teruggevonden worden.

Tabel 16
Voorschriften en verkochte eenheden van middelen tegen verslaving (2000)

	voorschriften	verkochte eenheden
middelen tegen nicotineverslaving	55.000	487.800
waarvan nicotine (bv. Nicorette kauwgum en pleisters®, Nicodon®,...)	34.000	446.600
waarvan bupropion	21.000	41.200
middelen tegen alcoholverslaving	64.000	47.700
waarvan disulfiram (bv. Antabuse®, Refusal®)	33.000	24.200
waarvan acamprosate (bv. Campral®)	31.000	23.500
opiaantantagonist	-	400
naloxone	-	400

Bron: IMS Health

1.2.3 Uitgaven aan geneesmiddelen

Uit de resultaten van het huishoudbudgetonderzoek van het NIS ten slotte blijkt dat het Belgische gezin in 2000 gemiddeld 10.602 BEF uitgaf aan geneesmiddelen[21] (tabel 17) (NIS, 2001a). Vlaamse huishoudens besteden in vergelijking met Brusselse en Waalse gezinnen het minst aan medicatie.
De gemiddelde uitgaven van ouderen aan geneesmiddelen zijn merkelijk hoger dan de uitgaven van jongere gezinnen. In 2000 gaf een gezin waarvan de referentiepersoon 60 jaar of ouder is gemiddeld 13.947 BEF uit aan medicatie. Huishoudens waarvan de referentiepersoon tussen 20 en 29 jaar is, gaven gemiddeld 5.469 BEF uit aan geneesmiddelen. Eenzelfde tendens zien we wanneer we de beroepsstatuten vergelijken want daaruit blijkt dat de gepensioneerden het meest besteden aan medicatie (14.078 BEF tegenover bijvoorbeeld 5.868 BEF door de zelfstandigen).

[21] Geneesmiddelen zijn niet verder gespecifieerd.

Tabel 17
Gemiddelde uitgaven (in BEF) aan geneesmiddelen per huishouden per jaar (2000)

België	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
10.602	11.381	9.722	11.880

Bron: NIS, huishoudbudgetonderzoek, 2001a

Het budget dat per gezin aan medicatie wordt besteed is met de jaren fel gestegen (tabel 18). Eind jaren zeventig gaven Belgische gezinnen gemiddeld 4.000 BEF uit aan geneesmiddelen[22], in 2000 is dat opgelopen tot 14.000 BEF. Wanneer we kijken hoeveel het aandeel van de aankoop van geneesmiddelen bedraagt op het totale budget dat aan gezondheid wordt besteed, merken we eveneens een toename tussen 1978 en 2000 (van 25,5% naar 30%).

Tabel 18
Gemiddelde uitgaven (in BEF) aan geneesmiddelen per huishouden per jaar en aandeel in budget besteed aan gezondheid

	BEF	%
'78-'79	4.195	25,5
'87-'88	7.607	28,8
'95-'96	12.499	27,8
'96-'97	11.719	27,3
'97-'98	12.331	26,9
'99	13.392	26,0
'00	14.384	30,0

Bron: NIS, huishoudbudgetonderzoek, 2001a

1.2.4 België in de wereld

Tabel 19 situeert België tegenover andere Europese landen voor de uitgaven aan geneesmiddelen per capita in de ambulante praktijk in 1998. Samen met Frankrijk en Duitsland is België één van de belangrijkste consumenten van geneesmiddelen. In vergelijking met Nederland ligt de besteding in België een stuk hoger. De overheidsuitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking zijn beduidend hoger in Frankrijk, Duitsland en Luxemburg dan in België[23].

[22] In tabel 18 zijn in de categorie geneesmiddelen ook de niet-gespecifieerde aankopen in de apotheek meegerekend. Daardoor verschillen de cijfers voor het jaar 2000 in tabellen 17 en 18.
[23] Het gaat hier over de tussenkomst van de ziekteverzekering in de terugbetaalbare geneesmiddelen.

Tabel 19
Uitgaven voor geneesmiddelen per capita in de ambulante praktijk (1998)

landen	totale besteding		overheidsbesteding	
	in EUR	België =100	in EUR	België =100
België (1999)	294	100	132	100
Luxemburg	275	94	225	170
Frankrijk	425	145	243	184
Nederland	190	65	122	92
Duitsland	290	99	203	154
Verenigd Koninkrijk	216	73	138	105
Ierland (1997)	121	41	102	77
Denemarken	198	67	100	76
Italië	261	89	106	80
Spanje	182	62	132	100
Portugal (1997)	190	65	126	95
Griekenland (1996)	166	56	28	21
Oostenrijk	252	86	179	136
Finland	227	77	109	83
Zweden	249	85	177	134

Bron: Van Tielen (red.), 2001, p. 138

1.2.5 Tewerkstelling in de farmaceutische industrie

De farmaceutische verwerkende industrie is voor België een nog grotere werkgever dan de alcoholproducerende nijverheid. In België werken in 1999 21.817 personen in de farmaceutische nijverheid (AVGI, 2001)[24]. 46,7% van de werknemers is vrouw.
In de sociale zekerheid zijn op 30 juni 2000 in het Vlaams Gewest 7.340 werknemers opgenomen die werken in de sector van de vervaardiging van farmaceutische producten (tabel 20). Het gaat om bijna 45% vrouwen en 55% mannen. In België werken op 30 juni 2000 in totaal 16.663 personen (7.468 vrouwen en 9.195 mannen) in de farmaceutische verwerkende industrie.

[24] In dit cijfer is tevens de tewerkstelling opgenomen in farmaceutische bedrijven die niet in België produceren maar wel in België commercialiseren. Het gaat om zo'n 40 à 80 bedrijven die men ook niet mag verwarren met de loutere groothandel in geneesmiddelen. Deze laatste bedrijven, die enkel geneesmiddelen aankopen en doorverkopen aan de apothekers, zijn niet in dit cijfer opgenomen. De RSZ-cijfers daarentegen hebben uitsluitend betrekking op de vervaardigingsindustrie van medicatie.

Tabel 20
Tewerkstelling in de farmaceutische verwerkende industrie in Vlaanderen en België (30 juni 2000)

	vrouwen	mannen	totaal
Vlaams Gewest			
vervaardiging van farmaceutische grondstoffen	49	380	429
vervaardiging van geneesmiddelen	3.114	3.601	6.715
vervaardiging van overige farmaceutische preparaten	116	80	196
totaal	**3.279** **44,7%**	**4.061** **55,3%**	**7.340** **100%**
België			
vervaardiging van farmaceutische grondstoffen	424	991	1.415
vervaardiging van geneesmiddelen	6.728	7.967	14.695
vervaardiging van overige farmaceutische preparaten	316	237	553
totaal	**7.468** **44,8%**	**9.195** **55,2%**	**16.663** **100%**

Bron: RSZ, gedecentraliseerde statistiek, berekeningen VAD

1.3 De markt van illegale drugs: vangsten, prijzen en aanbod

1.3.1 Inbeslagnames

Ondanks de illegale status trachten we ook voor de verboden drugs een beeld te geven van de marktsituatie via de inbeslagnames en de geschatte drugprijzen.
Daarbij dient men voor ogen te houden dat drugvangsten ook een weerspiegeling zijn van prioriteiten in het vervolgingsbeleid en van politieke beslissingen (EWDD, 2001, p. 22-25). In beslag genomen hoeveelheden zijn daarenboven moeilijk te interpreteren omdat de hoeveelheid meteen toeneemt wanneer zich een uitzonderlijke drugvangst voordoet. Het aantal vangsten geeft een beter beeld van de marktsituatie.
Cannabis is in de hele Europese Unie, uitgezonderd Portugal, het meest in beslag genomen product (EWDD, 2001, p. 22-25). Sinds 1985 stijgt het aantal vangsten van cannabis en ook de in beslag genomen hoeveelheid neemt toe. Ook het aantal vangsten van cocaïne is in de EU de laatste jaren toegenomen. In Spanje werden de meeste cocaïnevangsten genoteerd. Het aantal heroïnevangsten en de onderschepte hoeveelheden heroïne hebben zich gestabiliseerd. Het Verenigd Koninkrijk is de koploper op het gebied van heroïnevangsten. Het aantal amfetaminevangsten is sinds de jaren tachtig gestegen. Ook het aantal XTC-vangsten vertoont weer een stijgende tendens.
De officiële cijfers over de in beslag genomen illegale middelen die België voorlegt aan Interpol en het drugbestrijdingsprogramma van de Verenigde Naties, zijn afkomstig uit de databank Eenvormige Formulieren 7[25] van de Algemene Politiesteundienst (APSD) (tabel 21). De Eenvormige Formulieren 7 zijn de enige officiële bronnen om het aantal inbeslagnames van illegale drugs te bepalen. Vertrekken we van het aantal drugvangsten, dan werden er in 2000 vooral marihuana, hasj en XTC-pillen in beslag genomen (respectievelijk 8.254, 5.475 en 2.402 vangsten) (federale politie). Bij deze drugvangsten zijn tevens de meeste personen betrokken. Qua hoeveelheid scoren marihuana (2.170 kg), maar ook cocaïne (1.645 kg) het hoogst.
In 2000 werd er meer heroïne in beslag genomen. Dit heeft vooral te maken met het feit dat heroïne een prioriteit is voor de Britse opsporingsdiensten en België een transitland is voor de trafiek van heroïne naar Groot-Brittannië. In vergelijking met 1999 werden er in 2000 meer inbeslagnames genoteerd van cannabisproducten (federale politie).

[25] Een Eenvormig Formulier 7 is een soort van gestandaardiseerd proces-verbaal dat dient ingevuld te worden bij elke inbeslagname van illegale drugs. Er wordt echter niet in alle gevallen een Eenvormig Formulier 7 opgesteld. Bovendien geven de vermelde hoeveelheden de realiteit slechts bij benadering weer.

Tabel 21
In beslag genomen drugs (in kg, eenheden en aantal inbeslagnames) (1999 - 2000)

	1999[26]		2000		
	hoeveel-heid	aantal inbeslag-names	hoeveel-heid	aantal inbeslag-names	aantal personen
bruine heroïne (kg)	73,54	760	217,7	1.340	1.612
opium (kg)	0,20	3	-	10	10
morfine (kg)	-	1	17,4	6	6
andere opiaten	-	-	15,07	45	56
cocaïne (kg)	1.752,69	544	1.645	905	1.108
crack	0,02	9	0,044	4	7
cocapasta (basis)	9,01	3	6,5	16	26
marihuana (kg)	2.914,75	7.049	2.170	8.254	9.273
hasj (kg)	3.130,81	3.350	176	5.475	6.048
cannabiszaden	16,25	166	480	93	125
cannabisplanten	-	144	13.459	442	496
XTC (pillen)	-	-	818.515	2.402	2.676
XTC (kg)	266,46	1.100	37	102	116
amfetamines en derivaten (pillen)	-	-	18.397	67	75
amfetamines en derivaten (kg)	59,24	1.063	75,14	907	1.225
LSD (dosis)	-	73	1.090	107	120
paddestoelen (kg)	-	-	31	312	276
snuifmiddelen	-	-	0,005	30	36
medicijnen (pillen)	-	150	820	164	161
khat	-	4	189	5	4
andere drugs	-	319	317	362	436
grondstoffen (liter)	-	-	13.400	9	9

Bron: federale politie – programma drugs - 07/02/2002

In het jaarverslag van de *administratie douane en accijnzen* zijn eveneens cijfers opgenomen over inbeslagnames van illegale drugs (tabel 22). Deze verschillen echter van de officiële Belgische cijfers zoals weergegeven in tabel 21. De administratie douane en accijnzen baseert zich eveneens op de gegevens van de Eenvormige Formulieren 7 waarop de in beslag genomen hoeveelheden verdovende middelen zijn vermeld. Daarnaast neemt ze ook de gegevens van de processen-verbaal van vaststelling in rekening, voornamelijk in de gevallen waarin verdovende middelen worden aangetroffen zonder dat dit ten laste kan gelegd worden van een bepaalde persoon.
Voor de douane blijven cannabisproducten over de jaren heen een belangrijk aandeel uitmaken van de in beslag genomen verdovende middelen. In 2000 werd er nog meer cannabis in beslag genomen in vergelijking met 1999. Er werd in 2000 minder heroïne en cocaïne in beslag genomen door de douane. Opium, morfine en methadon behoorden in 2000 niet tot de in beslag genomen producten. In tegenstelling tot 1999 werd er wel terug LSD in beslag genomen, al gaat het om een zeer kleine hoeveelheid. De hoeveelheid amfetamines die de douane in 2000 in beslag nam was negen keer de hoeveelheid van 1999.

[26] De gegevens voor 1999 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001, p. 21).

Tabel 22
In beslag genomen verdovende middelen (in gram) (1996 - 2000)

producten	1996	1997	1998	1999	2000
marihuana	56.791.637	19.465.302	880.153	2.286.953	6.036.746
hasj	31.919.552	6.489.255	2 163.182	1.844.291	356.163
totaal cannabis	**88.711.189**	**25.954.557**	**3 043.335**	**4.131.244**	**6.392.909**
khat	-	-	-	23.000	289.500
opium	-	-	-	-	-
morfine	194	10.370	-	-	-
heroïne	4.536	11.633	584	3.963	2.239
cocaïne	725.124	2.162.948	1 943.693	1.288.430	1.162.447
psychotrope depressiva (bv. methadon)	-	-	2.000	-	-
psychotrope stimulantia (bv. amfetamines)	786	105	98.672	61.181	550.700
hallucinogene psychotrope stoffen (bv. LSD)[27]	273	169	94	-	59

Bron: ministerie van Financiën, 2000, p. 27

1.3.2 Drugprijzen

Wanneer we kijken naar de drugprijzen die de federale politie als richtprijs gebruikt, blijken cocaïnegebruikers de duurste gewoonte onder de druggebruikers te hebben. Eén gram cocaïne kost volgens de federale politie 1.700 tot 2.600 BEF per gram (tabel 23). De heroïnegebruikers volgen op de voet met 850 tot 1.600 BEF per gram. De hoeveelheid die per dosis wordt gebruikt en bijgevolg ook de prijs per dosis is voor heroïne zeer sterk afhankelijk van de kwaliteit van het product en van de gebruiksgewoonten van de gebruiker. Heroïne kent heel grote kwaliteitsverschillen die de prijs van het product goedkoper of net duurder maken. XTC en LSD zijn vrij goedkoop (200 tot 400 BEF per dosis). Amfetamines kosten ongeveer 380 à 580 BEF per gram. Uiteraard gelden voor alle producten kwaliteitsverschillen die de prijs mee bepalen.
Gebruiksgewoonten in combinatie met de kwaliteit van een product hebben eveneens een invloed op de prijs. We kunnen in feite enkel een voorzichtige indicatie geven van de prijzen per dosis, uitgaande van de geschatte prijzen van de federale politie. De straatwaarde van illegale drugs is bovendien zeer sterk tijdsgebonden. Ook de setting (straat, party,...) waarin drugs worden aangekocht, beïnvloedt de prijs. Uiteraard is tevens de aangekochte hoeveelheid een belangrijke factor die de prijs bepaalt.

[27] De hoeveelheid is voor deze producten uitgedrukt in doses.

Tabel 23
Prijzen van illegale drugs (2000)[28]

drug	groothandel	kleinhandel
heroïne	750.000 – 1.150.000 BEF/kilo	850 – 1.600 BEF/gram
amfetamines	88.000 – 145.000 BEF/kilo	380 – 580 BEF/gram
cocaïne	1.000.000 – 1.400.000 BEF/kilo	1.700 – 2.600 BEF/gram
XTC	45 – 65/1.000 pillen	200 – 350 BEF/pil
marihuana	53.000 – 80.000 BEF/kilo	160 – 270 BEF/gram
hasj	71.000 – 106.000 BEF/kilo	180 – 300 BEF/gram
LSD	80 – 100 BEF/dosis	300 – 400 BEF/dosis

Bron: federale politie – Programma Drugs - 01/06/2001

In de Europese lidstaten is de straatwaarde van heroïne redelijk stabiel en varieert van 30 tot 34 EUR per gram (EWDD, 2001, p. 22-25). Ook de prijzen van cannabis en cocaïne zijn in de EU-landen stabiel. De straatwaarde van cocaïne schommelt tussen 35 en 170 EUR. De prijs van cannabishars varieert van 3 tot 18 EUR per gram en de prijs voor cannabisbladeren schommelt tussen 3 en 12 EUR per gram. Ook de XTC- en amfetamineprijzen stabiliseren zich. Amfetamines worden verkocht voor 5 tot 25 EUR per gram.

1.3.3 Beschikbaarheid van illegale middelen

Uit onderzoek krijgen we een beeld van de mate waarin drugs gekend en beschikbaar zijn. 53,1% van alle jongeren tussen 12 en 18 jaar die VAD in het kader van de leerlingenbevraging enquêteerde, is ooit al eens op een plaats geweest waar illegale drugs worden gebruikt of verkocht (Kinable, 2001). 22,2% komt zelfs minimaal één keer per week op dergelijke plaatsen. Hoe ouder de leerlingen, hoe groter de kans dat ze ooit al eens op een dergelijke plaats zijn geweest en hoe groter de kans dat dit frequenter gebeurt. Zo komt ruim een derde van de leerlingen van 17 en 18 jaar (35,9%) minstens één maal per week op een dergelijke plaats, terwijl 68,9% van de 12- tot 14-jarigen daar nog nooit is geweest.

[28] In vijf grote steden (Gent, Antwerpen, Brussel, Charleroi, Luik) wordt bij onderzoekers (politiemensen die dossiers van drugtrafiek behandelen), informanten en de sociale sector (straathoekwerk) gepeild naar de richtprijzen. Daarvan wordt een gemiddelde gemaakt.

Hoofdstuk 2. Meningen over middelengebruik [29]

StudentStart legde via haar website een aantal stellingen over middelengebruik aan studenten voor[30]. Daaruit bleek dat 88,2% van de studenten tegen de legalisering van harddrugs is (tabel 24). Ook de meeste gebruikers van cannabis, XTC of aanverwante en harddrugs zijn hiertegen. 9,9% is voorstander van een legalisering van harddrugs: 9,2% vindt dat legalisering aan strenge voorwaarden moet gekoppeld zijn, 0,7% vindt dat harddrugs voor iedereen moeten beschikbaar zijn zonder voorwaarden.
Meer dan de helft van de studenten is van mening dat cannabisgebruikers onnodig in een crimineel milieu gebracht worden doordat cannabis niet legaal is in België.
De meeste studenten geloven niet dat wie softdrugs gebruikt vroeg of laat ook harddrugs zal gaan gebruiken. Zowel de cannabisgebruikers als de studenten die geen cannabis gebruiken zijn deze mening toegedaan. Bijna de helft van de studenten is het niet eens met de stelling dat door het legaliseren van cannabis minder mensen in contact zullen komen met harddrugs. Bijna een kwart van de studenten heeft echter geen mening over dit aspect van de vragenlijst. 80,4% van de studenten is van mening dat cannabis voor medisch gebruik toegelaten zou moeten worden en verkrijgbaar zou moeten zijn in apotheken.
De helft van de studenten gelooft niet dat het meermaals per week gebruiken van cannabis ongezonder is dan het meermaals gebruiken van alcohol.
37,9% van de studenten denkt dat als de overheid cannabis legaliseert ze dit doet om er taksen op te heffen. 32,1% heeft hierover geen mening. Voor een vijfde van de studenten is het logisch dat alcohol legaal is en cannabis niet. 7 op 10 studenten treden deze stelling echter niet bij. De stelling dat mensen die gedronken hebben agressiever zijn dan mensen die cannabis gebruikt hebben, wordt door twee derde van de studenten onderschreven. 1 student op 7 kan zich hier niet in vinden.
Ten slotte werd ook gevraagd voor wie alcohol moet verkrijgbaar zijn. Slechts 3,7% van de studenten vindt dat alcohol voor iedereen moet beschikbaar zijn. 9,6% vindt dat iedereen boven de twaalf jaar alcohol moet kunnen krijgen. 20,7% vindt dat voor iedereen boven de achttien jaar alcohol moet beschikbaar zijn. De grootste groep, namelijk twee derde van de studenten, is van oordeel dat alcohol voor iedereen ouder dan zestien jaar beschikbaar moet zijn. 1,6% vindt dat niemand alcohol moet kunnen krijgen.

---

[29] In de bijlage wordt de methodologie van de geraadpleegde bronnen omschreven.
[30] De resultaten van de drugsenquête van StudentStart zijn weergegeven op de website http://www.studentstart.be/Drugsenquete (dd.15/03/2002).

Tabel 24
Meningen van studenten over middelengebruik (2002)

	mee eens	niet mee eens	geen mening
Harddrugs moeten gelegaliseerd worden in België.	9,9%	88,2 %	1,9%
Doordat cannabis niet legaal is in België worden gebruikers onnodig in een crimineel milieu gebracht.	56,8%	34,2%	9,0%
Wie softdrugs gebruikt, zal vroeg of laat ook harddrugs gaan gebruiken.	13,3%	80,9%	5,8%
Door het legaliseren van cannabis zullen minder mensen in contact komen met harddrugs.	27,5%	49,3%	23,2%
Cannabis zou voor medisch gebruik toegelaten moeten worden en verkrijgbaar moeten zijn in apotheken.	80,4%	12,2%	7,4%
Het meermaals gebruiken van alcohol is minder ongezond dan het meermaals per week gebruiken van cannabis.	18,0%	53,8%	28,2%
Als de overheid cannabis legaliseert, doet ze dit vooral om er taksen op te kunnen heffen.	37,9%	30,0%	32,1%
Het is logisch dat alcohol legaal is en cannabis niet.	21,2%	69,7%	9,1%
Mensen die gedronken hebben zijn agressiever dan mensen die cannabis gebruikt hebben.	66,5%	14,5%	19,0%

Bron: StudentStart drugsenquête, 2002

In het VAD-onderzoek over alcohol- en drugpreventie in jeugdwerkingen voor maatschappelijk achtergestelde jongeren wordt ook naar de houding van de jongeren tegenover alcohol- en druggebruik gepolst (De Donder e.a., 2001, p. 42-44). Over alcohol drinken heerst bij de geïnterviewde jongeren de opvatting dat het moet kunnen, maar dan wel af en toe en met mate. Deze houding wordt ook door de meeste allochtone jongeren aangenomen. Zowat alle jongeren keuren alcoholmisbruik (dronkenschap) af, zeker als dit tot problemen met anderen leidt. Illegale drugs kennen nog sterkere tegenkantingen. Over gokken wordt veel minder stelling genomen. Enkel in een werking die dit als thema opneemt, leven daarover uitgesproken ideeën. De meeste jongeren zijn tegen gokken.
De helft van de ondervraagde jongeren is tegen het gebruik van illegale drugs. De andere jongeren hanteren het principe dat het moet kunnen als je er niet mee overdrijft of als je er geen problemen door veroorzaakt. Wat algemeen niet wordt aanvaard, is het stoned rondlopen in de jeugdwerking, zeker niet als daar problemen uit voortvloeien. Een aantal respondenten, vooral jongeren maar ook jeugdwerkers, maakt een onderscheid naar soort drug. Men staat toleranter tegenover softdrugs als cannabis dan tegenover 'zwaardere' drugs als speed of XTC.

Hoofdstuk 3. Consumptie van middelen en frequentie van gokken [31]

3.1 Hoeveel drinkt de Belg?

3.1.1 Per capita consumptie[32]

Belgen dronken in 2000 gemiddeld 98,2 liter bier, 20 liter wijn en 3,4 liter[33] sterke drank (tabel 25). In totaal dronken we gemiddeld 8,4 liter pure alcohol in 2000[34]. De totale gemiddelde consumptie van alcohol blijft daarmee in 2000 op hetzelfde niveau als in 1999. De wijnconsumptie bleef in vergelijking met 1999 stabiel en de consumptie van bier ging licht achteruit. Het verbruik van sterke drank is echter met 7% toegenomen. Tegenover tien jaar geleden drinken we heel wat minder bier en iets minder wijn.

Tabel 25
Per capita consumptie van alcoholische dranken door de Belgische bevolking (1990-2000)

jaar	sterke drank (liter pure alcohol)	bier (liter)	wijn (liter)	totaal (liter pure alcohol)
1990	1,20	120,7	24,9	9,9
1991	1,17	111,3	23,9	9,4
1992	1,20	112,0	24,8	9,6
1993	1,26	109,5	25,6	9,6
1994	1,17	106,0	ca 24,0	9,2
1995	1,11	104,0	ca 25,0	9,1
1996	1,14	102,0	ca 25,0	9,1
1997	1,21	101,0	ca 25,0	9,1
1998	1,13	98,0	19,4	8,2
1999	1,13	99,8	ca 20,0	8,4
2000	1,21	98,2	ca 20,0	8,4

Bron: Productschap voor gedistilleerde dranken, 2001, p. 32

3.1.2 Bierconsumptie volgens biertype

59,5% van de bierconsumptie verloopt via de horeca en 40,5% via winkels (CBB, 2001b, p. 15). Wanneer we de bierconsumptie per biertype bekijken, zien we een stijging in het verbruik van pils, abdijbieren en de zware, blonde bieren (tabel 26). Ook

---

[31] In de bijlage wordt de methodologie van de geraadpleegde bronnen omschreven.
[32] Is de consumptie per persoon berekend op de totale bevolking.
[33] De consumptie van sterke drank in liter pure alcohol wordt hier vermenigvuldigd met een standaardfactor 2,85 om het aantal liter te bekomen.
[34] Wanneer we de consumptie van bier en wijn omzetten in liter pure alcohol, dan werd er in 2000 in België per persoon 4,74 liter bier gedronken en 2,4 liter wijn. Daarbij gaan we uit van een gemiddeld percentage alcohol van 4,83% in bier en 12% in wijn.

de regionale bieren en trappist werden iets meer gedronken. De overige biertypes boeten aan populariteit in. Ook alcoholvrij of -arm bier wordt minder en minder gedronken.

Tabel 26
De bierconsumptie in België naargelang het biertype (1998 – 2000)

biertype	1998 hl	1999 hl	2000 hl	evolutie 1998-2000
pils	6.796.264	6.973.966	7.005.828	+ 3,08%
amber	637.316	591.279	512.559	- 19,60%
witbier	565.798	564.541	541.678	- 4,30%
abdij	489.507	518.185	535.416	+ 9,40%
trappist	216.649	221.072	219.325	+ 1,24%
tafelbier	280.869	293.073	267.265	- 4,80%
geuze/fruit	216.031	221.947	214.070	- 0,91%
britse	159.745	152.914	147.004	- 7,80%
luxe pils	213.518	209.658	177.331	- 16,90%
alcoholvrij/arm	97.532	95.616	88.742	- 9,00%
zwaar blond	189.758	203.092	206.761	+ 9,00%
regionaal	78.193	84.161	79.924	+ 2,21%
zuur	69.807	76.750	68.498	- 1,90%
totaal	**10.010.987**	**10.206.254**	**10.064.401**	**+ 0,53%**

Bron: CBB , 2001b, p. 16

3.1.3 België in de wereld

België staat in 2000 14de genoteerd op de wereldranglijst inzake alcoholverbruik voor de totale alcoholconsumptie (tabel 27). Luxemburg en Roemenië staan op kop. Ierland is naar de vierde plaats verschoven. De hoge positie van Luxemburg wordt deels verklaard door de lage taksen op alcohol, waardoor veel alcohol wordt aangekocht die echter voor onmiddellijke export bestemd is. Ook in landen met veel toerisme (bv. Portugal, Frankrijk, Spanje) krijgt men een vertekend hoge per capita consumptie van alcohol. Voor het verbruik van sterke dranken staat België pas op de 35ste plaats op de wereldranglijst. België behoort echter tot de meest bierverbruikende landen en staat 7de op wereldvlak. Voor wijnconsumptie bevindt België zich, vergeleken met andere landen, ergens tussenin, namelijk op de 17de plaats.

Tabel 27
De vijftien meest alcoholverbruikende landen, met gemiddelde hoeveelheid liter pure alcohol per persoon (1997- 2000)

	gemiddelde hoeveelheid pure alcohol per capita uitgedrukt in liter			
	1997	1998	1999	2000
1 Luxemburg	11,4	13,3	12,2	12,1
2 Roemenië	9,8	10,5	10,3	11,7
3 Portugal	11,3	11,3	11,0	10,8
4 Ierland	9,7	9,7	9,6	10,7
5 Tsjech. Rep.	10,5	10,5	10,5	10,6
6 Frankrijk	10,9	10,8	10,7	10,5
7 Duitsland	10,8	10,6	10,6	10,5
8 Spanje	10,2	10,1	9,9	10,0
9 Denemarken	9,9	9,5	9,5	9,5
10 Oostenrijk	9,5	9,3	9,3	9,4
11 Hongarije	10,1	10,2	9,7	9,2
12 Zwitserland	9,2	9,1	9,2	9,2
13 Slovakije	8,3	8,0	8,2	8,5
14 Belgie	9,1	8,2	8,4	8,4
15 Verenigd Koninkrijk	8,2	8,0	8,4	8,4

Bron: Productschap voor gedistilleerde dranken, 2001, p. 9

In vergelijking met onze directe buurlanden moeten we qua bier drinken enkel onderdoen voor Duitsland, waar in 2000 gemiddeld 125,5 liter bier per persoon werd gedronken (tabel 28). Fransen en Italianen drinken het meest wijn. In vergelijking met België wordt in die landen ruim dubbel zoveel wijn gedronken. België scoort opvallend lager dan Nederland, Frankrijk en Duitsland in de gemiddelde hoeveelheid sterke drank die jaarlijks wordt gedronken.

Tabel 28
Internationale vergelijking van de alcoholconsumptie in liter per persoon voor bier, wijn en sterke drank (2000)

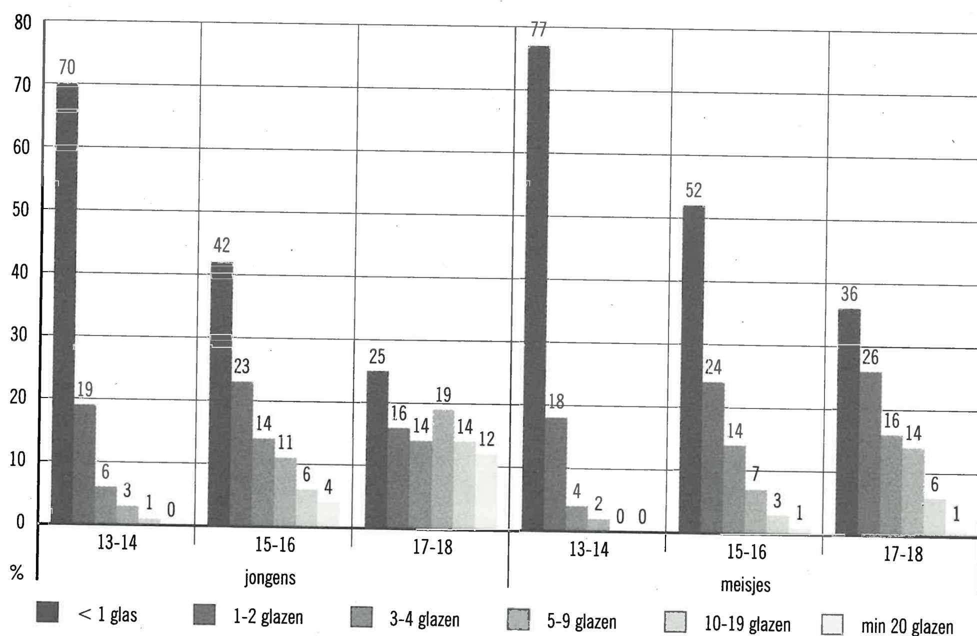
	België	Nederland	Frankrijk	Duitsland	Verenigd Koninkrijk	Italië	Spanje
bier	98,2	82,5	38,1	125,5	95,4	28,1	71,8
wijn	20,0	18,8	56,0	23,6	16,9	51,0	33,0
sterke drank	3,4	5,8	6,9	5,8	4,5	1,3	6,8

Bron: Productschap voor gedistilleerde dranken, 2001, p. 159-173

3.1.4 Alcoholconsumptie van jongeren

Op 11- tot 12-jarige leeftijd heeft 72% van de jongens en 57% van de meisjes ooit minstens eenmaal alcohol gedronken (Maes en Vereecken, 2000). Tegen de leeftijd van 17- tot 18 jaar heeft bijna iedereen (96%) ooit minimaal één keer alcohol gedronken. De laatste maand gebruikte de helft van de 13- tot 14-jarigen minstens eenmaal alcohol tegenover negen op tien van de 17- tot 18-jarigen.
Ongeveer 1 op 4 13- tot 14-jarigen dronk de afgelopen week minstens eenmaal een alcoholische drank, van de 17- tot 18-jarigen was dat het geval voor 71% van de jongens en 63% van de meisjes.
De laatste week dronken de meeste 13- tot 14-jarigen minder dan 1 glas alcohol (grafiek 1). Het blijft bij 1 tot 2 glazen alcohol voor 65% van de 15- tot 16-jarige jongens en 76% van de meisjes uit deze leeftijdsgroep. Het consumeren van grotere hoeveelheden alcohol komt vooral voor bij de oudere jongens uit het BSO. 17% van hen dronk de laatste week minstens 20 alcoholische drankjes en 10% deed dat ook de laatste keer dat ze alcohol dronken.

Grafiek 1
Aantal gedronken glazen alcohol tijdens afgelopen week naar leeftijd en sekse (2000)

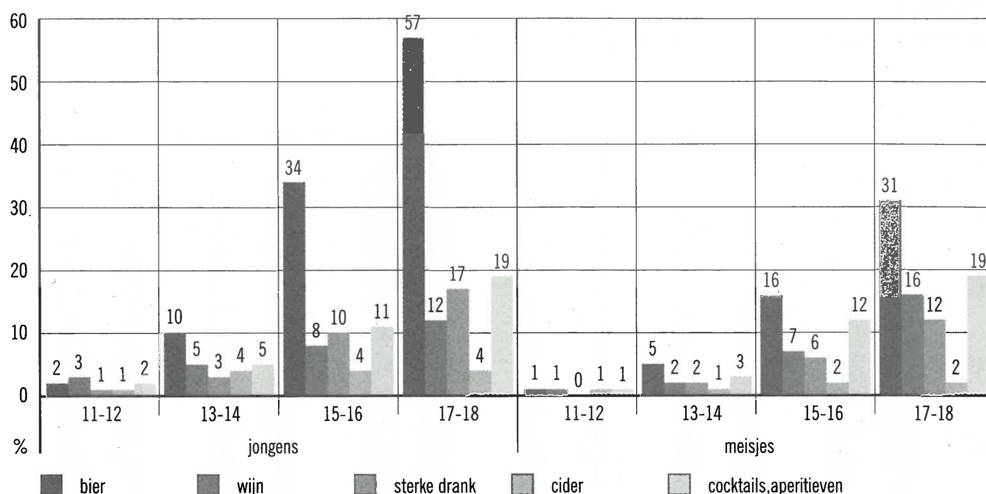


Bron: Maes en Vereecken, HBSC, 2000

Van de verschillende soorten dranken (bier, wijn, sterke drank, cider/schuimwijn, cocktails/aperitieven) is bier het populairst. 25% van de jongens en 13% van de meisjes drinkt wekelijks bier. Onder de 17- tot 18-jarige jongens zijn er 57% wekelijkse bier-

drinkers, 7% drinkt dagelijks bier (grafiek 2). In het BSO drinkt 13% van de jongens dagelijks bier.

Grafiek 2
Wekelijks drinken naar leeftijd, sekse en soort alcohol (2000)



Bron: Maes en Vereecken, HBSC, 2000

De leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school van VAD leverde voor het schooljaar 2000-2001 gegevens over het alcoholgebruik van jongeren in het secundair onderwijs (Kinable, 2001). 87,3% van de jongeren dronk ooit alcohol en 75,1% van de leerlingen dronk het afgelopen jaar alcohol. Slechts 14% van de jongeren die ooit alcohol dronken, deed dit het afgelopen jaar niet. Van de jongste leeftijdsgroep (12 tot 14 jaar) heeft meer dan driekwart van de leerlingen ooit al alcohol (78,4%) gedronken. Het ooit-gebruik stijgt verder nog met de leeftijd, maar wordt bij de oudste leerlingen door een plafondeffect[35] beperkt. Het ooit-gebruik van alcohol ligt hoger in het ASO en het TSO dan in het BSO, maar de BSO-leerlingen drinken regelmatiger alcohol.
43,8% dronk minder dan eenmaal tot meerdere malen per maand[36] en 31,3% minstens eenmaal per week[37] alcohol. Het percentage meisjes dat het voorbije jaar geen alcohol heeft gedronken, ligt iets hoger dan dat van de jongens (27,1% versus 22,7%). Meisjes drinken eerder minder dan één keer tot meerdere malen per maand alcohol (48,8% tegenover 38,8% van de jongens), terwijl meer jongens dit minstens eenmaal per week doen (38,6% tegenover 24,1% van de meisjes).

---

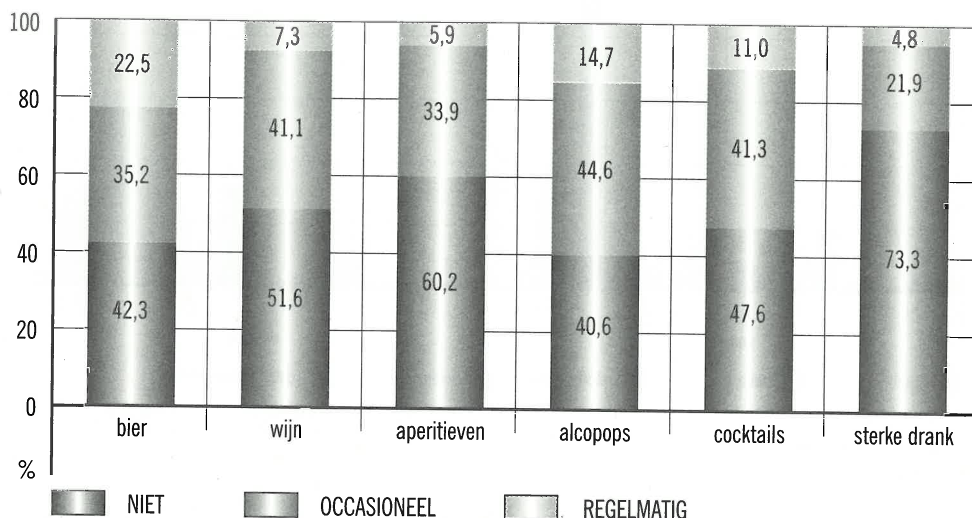
[35] De waarde ligt al zo hoog bij de 15- tot 16-jarigen, dat een even sterke stijging als tussen de 12- tot 14-jarigen en de 15- tot 16-jarigen niet meer mogelijk is.

[36] Minder dan eenmaal tot meerdere malen per maand gebruiken wordt in deze studie gedefinieerd als occasioneel gebruik.

[37] Minstens eenmaal per week gebruiken wordt in deze studie gedefinieerd als regelmatig gebruik.

De meeste jongeren dronken het jaar voorafgaand aan de bevraging alcopops[38] (59,3%), bier (57,7%) en cocktails (52,3%) (grafiek 3). Bier wordt veel frequenter gedronken dan de andere dranken. 22,5% van de leerlingen dronk het jaar voor de bevraging minstens eenmaal per week bier. Voor alcopops was dit 14,7% en voor cocktails 11%.

Grafiek 3
Laatstejaarsgebruik van alcohol (2000-2001)



Bron: Kinable, 2001, p. 11 bijlage

Terwijl in de jongste leeftijdsgroep nog 43,5% van de leerlingen tijdens het voorbije jaar geen alcohol dronk, heeft 90,5% van de 17- tot 18-jarigen dit wel gedaan. In de groep van de 15- tot 16-jarigen zijn er in verhouding nog meer occasionele dan regelmatige drinkers. Bij de oudste leerlingen is dit omgekeerd: de helft van hen (51,3%) dronk het afgelopen jaar minstens eenmaal per week alcohol.

Ook in *Vlaams-Brabant* werd het middelengebruik van jongeren bestudeerd (Engels e.a., 2002, p. 13-17). Het alcoholgebruik stijgt in deze onderzoeksgroep met de leeftijd. Vier vijfde van de jongeren tussen 12 en 22 jaar dronk ooit alcohol. Minder dan 4% van de jongeren tussen 19 en 22 jaar heeft nog nooit alcohol gedronken. Het eerste glas alcohol wordt gemiddeld al op 12 jaar en 7 maanden gedronken. Driekwart van de jongeren dronk ook het voorbije jaar alcohol. Dat is nog meer bij de oudere dan bij de jongere leerlingen het geval. Hoe ouder, hoe frequenter de jongeren drinken. 5% van de late adolescenten (19 tot 22 jaar) drinkt dagelijks alcohol. Tussen jongens en meisjes blijken ook in dit onderzoek verschillen. Meer jongens dan meisjes dronken de

---

[38] Alcopops zijn mixdrankjes van sterke drank met frisdrank, bijvoorbeeld Bacardi-Breezer.

voorbije week alcohol en jongens drinken bovendien frequenter alcohol. Ook de socio-economische status houdt verband met het gebruikspatroon van alcohol, in die zin dat een hogere socio-economische status gepaard gaat met recenter laatst gebruik van alcohol en frequenter gebruik tijdens het laatste half jaar.
Bier wordt het meest gedronken. 3 jongeren op 5 dronken het afgelopen jaar bier, 1 op 3 de voorbije week. Twee derde dronk bier op café of op fuiven. Ook het bier drinken stijgt met de leeftijd. Jongens drinken meer bier dan meisjes. Ze drinken frequenter bier en er waren dubbel zoveel jongens als meisjes die de voorbije week bier hadden gedronken. Dagelijks bier drinken blijkt een bijna uitsluitend mannelijke aangelegenheid te zijn.
3 op 5 jongeren dronken het afgelopen jaar wijn, een vierde deed dit regelmatig, dit wil zeggen minstens meerdere keren per maand. Wijn wordt vooral thuis gedronken. De voorbije week dronk 1 op 20 van de 14-jarigen wijn, tegenover 1 op 3 van de 19-jarigen. Bijna de helft van de 19- tot 22-jarigen drinkt regelmatig wijn. Op het gebied van wijn drinken zijn er geen verschillen tussen jongens en meisjes.
De helft van de jongeren dronk ooit aperitieven, slechts 1 op 10 doet dit regelmatig. 1 op 6 jongeren drinkt regelmatig cocktails en evenveel jongeren drinken regelmatig sterke drank. Aperitieven worden vooral thuis gedronken, maar cocktails consumeren de meeste jongeren op fuiven. Sterke drank wordt zowel thuis, bij vrienden, op café of op fuiven gedronken. Cocktails worden vooral regelmatig gedronken door jongeren tussen 16 en 18 jaar en nog meer door meisjes dan door jongens (tabel 29). Sterke drank wordt meer en vaker door jongens gedronken.

Tabel 29
Frequentie van alcoholgebruik (2001)

	geen		occasioneel		regelmatig	
	jongens	meisjes	jongens	meisjes	jongens	meisjes
alcohol	23,4%	21,2%	23,4%	32,0%	53,2%	46,8%
bier	35,7%	44,8%	17,9%	28,1%	46,4%	27,1%
wijn	38,6%	38,1%	39,5%	37,5%	21,9%	24,4%
aperitieven	47,2%	44,5%	40,9%	44,4%	11,9%	11,1%
cocktails	47,3%	39,7%	37,0%	40,7%	15,7%	19,6%
sterke drank	48,3%	56,2%	31,3%	32,0%	20,4%	11,8%

Bron: Engels e.a., 2002, p. 16-17

43,6% van de jongeren was het afgelopen jaar dronken (Engels e.a., 2002) (tabel 30). Een zeer kleine groep is dat wekelijks of dagelijks. Meer jongens dan meisjes waren het afgelopen jaar dronken. Een kwart van de 12- tot 15-jarigen is al minstens eenmaal dronken geweest het voorbije jaar.

Tabel 30
Dronkenschap tijdens het voorbije jaar (2001)

	sekse			leeftijd		
	totaal	jongens	meisjes	12-15 -jarigen	16-18 -jarigen	19-22 -jarigen
nooit	56,4%	52,7%	59,6%	74,0%	44,8%	34,1%
eenmalig	12,7%	10,8%	14,4%	11,7%	12,2%	16,5%
enkele malen	18,7%	18,4%	18,8%	11,3%	24,4%	25,8%
maandelijks	8,5%	11,8%	5,7%	2,4%	12,3%	16,2%
wekelijks	3,6%	6,1%	1,5%	0,6%	6,0%	6,4%
(bijna) dagelijks	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%

Bron: Engels e.a., 2002, p. 17

De meeste jongeren die geen alcohol drinken, doen dit 'omwille van de gevolgen' of 'omdat het ongezond is' (Engels e.a., 2002, p. 36). Het verslavende karakter van alcohol, het risico op dronkenschap en het mogelijk controleverlies bij alcoholgebruik spelen ook een rol. Jongeren die wel alcohol drinken, doen dit vooral omdat ze het lekker vinden, omdat ze er zin in hebben, om zich te ontspannen en om zich goed te voelen.

Van de *Antwerpse*[39] jongeren heeft ongeveer de helft van de jongeren in het eerste jaar van het secundair onderwijs nog geen alcohol gedronken (Vermeiren en Deboutte, 2000, p. 12). In het vijfde jaar is dat al teruggelopen tot een vijfde van de jongeren. 4 op 10 van de jongens in het vijfde jaar drinken dagelijks bier, een kwart van de meisjes uit datzelfde jaar doet dat eveneens. 13,2% van de jongens uit het vijfde jaar dronk de afgelopen maand 6 keer of meer 5 of meer alcoholische drankjes na elkaar. Voor de meisjes uit het vijfde jaar ligt dit percentage op 7,4%.

Via de website StudentStart vulden 1.500 studenten de drugsenquête in[40]. Het gaat om 66% jongens en 34% meisjes. 93,2% van deze studenten drinkt alcohol. 18,5% doet dat dagelijks (24,8% van de jongens en 6,1% van de meisjes).

---

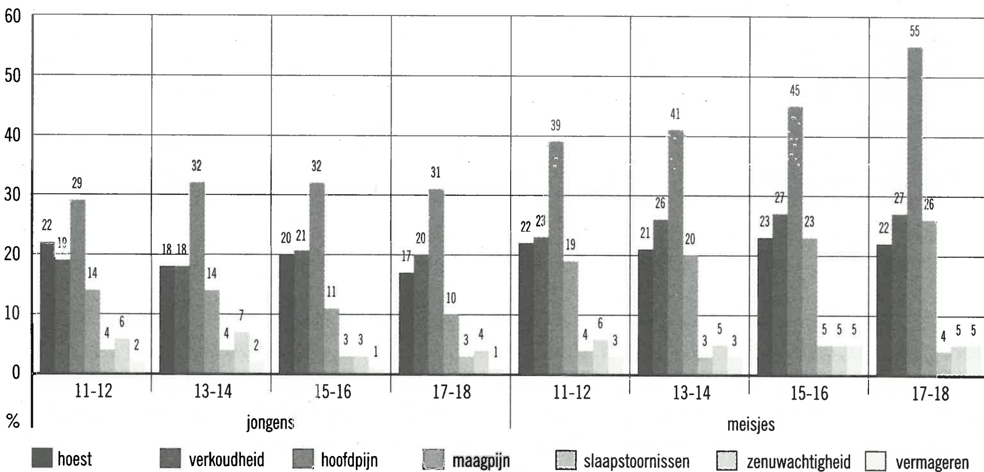
[39] Met Antwerpen wordt de stad Antwerpen bedoeld.

[40] De resultaten van de drugsenquête van StudentStart zijn weergegeven op de website http://www.studentstart.be/Drugsenquete (dd.15/03/2002).

3.2. Medicatiegebruik van jongeren

In de studie 'Jongeren en gezondheid' (Maes en Vereecken, 2000) werd aan de leerlingen gevraagd of ze de afgelopen maand een pilletje of een geneesmiddel tegen hoest, hoofdpijn, maagpijn, slaapstoornissen, zenuwachtigheid of om te vermageren hebben genomen. Het aantal meisjes dat om één van deze redenen een pilletje of een geneesmiddel nam, is telkens groter dan het aantal jongens (grafiek 4). Het sekseverschil is het duidelijkst voor gebruik van medicatie tegen hoofdpijn en maagpijn. Respectievelijk 31% en 13% van de jongens nam hiervoor een pilletje tegenover 45% en 22% van de meisjes[41]. Voor meisjes stijgt het gebruik van deze medicatie sterk met de leeftijd. 39% van de 11- tot 12-jarige meisjes nam de afgelopen maand een pilletje tegen hoofdpijn tegenover 55% van de 17- tot 18-jarigen. 19% van de 11- tot 12-jarige meisjes nam in diezelfde periode iets tegen maagpijn tegenover 26% van de 17- tot 18-jarigen. Ook de middeltjes om te vermageren worden door meer meisjes dan jongens genomen (3,9% tegenover 1,4%). Doorgaans nemen meer leerlingen uit het BSO dan uit het ASO of TSO medicatie.

Grafiek 4
Afgelopen maand een pilletje genomen volgens sekse en leeftijd (2000)



Bron: Maes en Vereecken, HBSC, 2000

[41] We baseren ons voor deze cijfers op de tabel 'afgelopen maand een pilletje of geneesmiddel genomen tegen...' naar sekse en leeftijd.

De frequentie van het gebruik van medicatie[42] kwam ook aan bod in de VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. 83,2% van de leerlingen gebruikte ooit medicatie (Kinable, 2001). 59,7% van alle leerlingen nam het afgelopen jaar medicatie. 28,1% van de leerlingen die ooit medicatie namen, deed dit het afgelopen jaar niet meer. Van de jongeren tussen 12 en 14 jaar heeft 77,8% al ooit medicatie gebruikt. Net zoals voor alcohol blijkt uit deze resultaten dat het ooit-gebruik van medicatie hoger ligt in het ASO en het TSO dan in het BSO, maar dat het BSO meer regelmatige medicatiegebruikers kent. Meer meisjes dan jongens gebruikten ooit medicatie.
Meer dan de helft van de jongeren (52,1%) nam het afgelopen jaar minder dan eenmaal tot meerdere malen per maand medicatie en 7,4% minstens eenmaal per week. Twee vijfde van de leerlingen gebruikte in die periode geen medicatie. Jongeren gebruiken vooral lichte pijnstillers (tabel 31). Slechts 4,9% van de jongeren nam tijdens het jaar voorafgaand aan de bevraging minstens eenmaal per week lichte pijnstillers.

Tabel 31
Laatstejaarsgebruik van medicatie (2000-2001)

	niet		occasioneel		regelmatig	
	N	%	N	%	N	%
lichte pijnstillers	6.307	42,2	7.941	53,0	720	4,9
zware pijnstillers	13.997	92,5	1.023	6,8	112	0,7
kalmeringsmiddelen	14.689	97,0	381	2,5	125	0,9
slaapmiddelen	14.900	97,9	268	1,7	58	0,4
opwekmiddelen	14.742	96,9	322	2,1	149	1,0
vermageringsmiddelen	14.921	98,1	175	1,1	117	0,7

Bron: Kinable, 2001, p. 11 bijlage

Hoewel de andere geneesmiddelen in verhouding door heel wat minder jongeren werden gebruikt, blijkt dat een groter deel van deze relatief kleine groep deze middelen regelmatig innam: van de 471 leerlingen die het afgelopen jaar opwekmiddelen gebruikten, namen 149 leerlingen ze minstens eenmaal per week. Voor vermageringsmiddelen waren dit 117 van de 292 leerlingen, voor kalmeringsmiddelen 125 van de 506 leerlingen en voor slaapmiddelen 58 van de 326 leerlingen[43].
Opvallend is dat de jongste leerlingen het minst medicatie gebruiken: de helft van hen (49,4%) gebruikte het voorbije jaar helemaal geen medicatie, terwijl dit voor de 15- tot 16-jarigen 36,4% is en voor de oudste leerlingen 30,3%. Met de leeftijd neemt vooral het occasioneel medicatiegebruik toe.

8 op 10 jongeren uit *Vlaams-Brabant* namen of nemen nog steeds medicatie (Engels e.a., 2002, p. 18-22). 7 jongeren op 10 gebruikten het voorbije jaar lichte pijnstillers.

---

[42] Er werd gepeild naar het gebruik van lichte pijnstillers, zware pijnstillers, kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen, opwekmiddelen en vermageringsmiddelen.
[43] Vanwege de zeer kleine absolute cijfers ten opzichte van het totale aantal leerlingen (N=15.618), worden hier enkel de absolute cijfers vermeld.

4 op 10 12-jarigen namen het voorbije jaar lichte pijnstillers, van de 18-jarigen is dat opgelopen tot 8 op 10. Meisjes gebruiken meer lichte pijnstillers dan jongens en ze doen dat ook regelmatiger.
1 jongere op 6 nam het afgelopen jaar ook zware pijnstillers. 1 op 20 12-jarigen, 1 op 6 15-jarigen en 1 op 4 18-jarigen gebruikte het afgelopen jaar zware pijnstillers. Ook het regelmatig gebruik neemt toe met de leeftijd. Het gebruik van deze middelen is eveneens hoger bij meisjes dan bij jongens.
1 jongere op 20 nam het voorbije jaar kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen of opwekmiddelen. 2,2% gebruikt regelmatig kalmeringsmiddelen, 1,7% gebruikt regelmatig slaapmiddelen en 2,2% gebruikt regelmatig opwekmiddelen. Regelmatig gebruik van kalmeringsmiddelen komt bij meisjes en jongens even vaak voor terwijl regelmatig gebruik van slaapmiddelen meer bij meisjes voorkomt (tabel 32). Opwekmiddelen worden meer door jongens dan door meisjes genomen en jongens nemen ze ook frequenter.
Vermageringsmiddelen ten slotte werden het afgelopen jaar door 1 meisje op 20 geslikt. 1,5% nam het laatste half jaar dagelijks vermageringsmiddelen. Bij jongens komt het gebruik van deze middelen bijna niet voor.

Tabel 32
Maandelijks of frequenter gebruik van medicatie (2001)

	sekse			leeftijd		
	jongens	meisjes	totaal	12-15 jaar	16-18 jaar	19-22 jaar
zware medicatie	9,3%	15,4%	12,7%	8,1%	16,0%	17,7%
zware pijnstillers	5,0%	8,7%	7,0%	3,4%	8,5%	13,0%
kalmeringsmiddelen	2,8%	3,1%	3,0%	2,6%	3,2%	3,7%
slaapmiddelen	2,0%	3,1%	2,6%	1,9%	3,6%	2,5%
opwekmiddelen	3,3%	2,5%	2,8%	2,0%	3,7%	3,3%
vermageringsmiddelen	0,2%	2,6%	1,7%	0,9%	3,3%	0,7%

Bron: Engels e.a., 2002, p. 21-22

3.3. Gebruik van illegale drugs

Cannabis is in Europa het meest gebruikte illegale product bij de bevolking van 15 tot 64 jaar (EWDD, 2001, p. 7-9). Het percentage volwassenen dat ooit cannabis heeft gebruikt, varieert van 10% tot 20 à 25%. 1 tot 4% gebruikte ooit amfetamines, 0,5 tot 4% gebruikte ooit XTC en 0,5 tot 3% gebruikte ooit cocaïne. Minder dan 1% van de volwassenen heeft ervaring met heroïnegebruik. Het gebruik van deze middelen ligt bij de adolescenten en jongvolwassenen (15 tot 34 jaar) doorgaans twee keer zo hoog als bij de algemene bevolking. Het afgelopen jaar gebruikte 1 tot 9% van de bevolking in Europa cannabis. In de meeste Europese landen is het ooit-gebruik van cannabis in de jaren negentig gestegen. Het gebruik van cannabis tijdens het voorbije jaar is in mindere mate toegenomen.

Sinds 2000 werd er in België geen enquête meer opgezet waarin ook volwassenen over

hun middelengebruik werden bevraagd. Wel beschikken we over nieuw cijfermateriaal dat het gebruik van illegale drugs door jongeren in kaart brengt.

3.3.1 Jongeren en illegaal druggebruik

De studie 'Jongeren en gezondheid' polst naar het ooit-gebruik en het gebruik tijdens de afgelopen maand van illegale drugs (Maes en Vereecken, 2000). Van de jongens tussen 15 en 18 jaar die in 2000 werden bevraagd, gebruikte 36% ooit hasj. 26% van de meisjes in diezelfde leeftijdsgroep gebruikte ooit hasj. Voor de jongens was dat in 1998 nog 33%, in 1996 27% en in 1994 22%. De stijgende trend in ooit-gebruik van hasj stelt zich ook bij de meisjes. In 1994 gebruikte 11% van de meisjes tussen 15 en 18 jaar ooit hasj, in 1996 was dit 17% en in 1998 23%.
Bij de meisjes ligt het hasjgebruik ook tijdens de afgelopen maand veel lager (tabel 33). Toch gebruikte 12% van de meisjes tussen 15 en 18 jaar de afgelopen maand hasj (tegenover 21% van de jongens) waarvan 6% minstens drie keer.
In het TSO en het BSO zijn er meer jongeren die al meerdere keren hasj gebruikten en die ook de afgelopen maand hasj gebruikten. 25% van de jongens in het BSO en TSO gebruikte de afgelopen maand hasj, 16% van de BSO-jongens en 14% van de TSO-jongens deed dit minstens drie keer.
Naast hasj zijn vooral amfetamines en XTC populair, in het bijzonder bij de jongens uit het BSO. 6% van de jongens uit het BSO gebruikte de afgelopen maand amfetamines, 6,2% XTC.

Tabel 33
Percentage leerlingen tussen 15 en 18 jaar dat de afgelopen maand illegale drugs gebruikte (2000)

	jongens	meisjes
hasj	21,0%	12,0%
cocaïne	0,8%	0,7%
tripmiddelen	1,5%	0,8%
hallucinogenen	1,1%	0,3%
amfetamines	1,8%	1,2%
XTC	2,2%	1,5%
snuifmiddelen	2,2%	0,7%

Bron: Maes en Vereecken, HBSC, 2000

Een vierde (25,1%) van de jongeren, naar wiens druggebruik werd gepolst in het kader van de VAD-leerlingenbevraging, gebruikte ooit illegale drugs (Kinable, 2001). Daarvan stopte ruim een derde met gebruiken tijdens het afgelopen jaar. Voor illegale drugs is er een sterke toename in ooit-gebruik met de leeftijd. Een tiende van de jongste leerlingen (10,8%) heeft ooit een illegale drug gebruikt, bij de 15- tot 16-jarigen is dit bijna een derde (30,1%) en voor de oudste leerlingen 43,3%. Tussen de onderwijsvormen is er weinig verschil in ooit-gebruik van illegale drugs. Het gaat voornamelijk om cannabisgebruik (23,6% ooit-gebruik).
84,5% van de leerlingen heeft het afgelopen jaar geen illegale drugs gebruikt; de ove-

rige 15,5% deed dit wel: 10% deed dit occasioneel en 5,5% op regelmatige basis.
Het percentage illegaledruggebruikers stijgt gestaag over de drie leeftijdsgroepen: van 5,6% bij de 12- tot 14-jarigen over 19,3% bij de 15- tot 16-jarigen tot 27,4% bij de 17- tot 18-jarigen. De stijging manifesteert zich zowel in het occasioneel als in het regelmatig gebruik. In elk van de drie leeftijdsgroepen overheerst het aandeel occasionele gebruikers evenwel het aandeel regelmatige gebruikers.
In de drie onderwijsvormen zijn er ongeveer evenveel laatstejaarsgebruikers van illegale drugs, maar het BSO telt in verhouding de meeste regelmatige gebruikers.
Tijdens het voorbije jaar hebben in verhouding meer jongens dan meisjes illegale drugs gebruikt (19,4% tegenover 11,7%). Zowel het occasioneel als het regelmatig gebruik van illegale drugs ligt hoger bij de jongens.
5,1% van de leerlingen gebruikte het afgelopen jaar minstens eenmaal per week cannabis en 9,6% deed dit minder vaak (tabel 34). XTC en amfetamines komen, met 0,4% van de leerlingen, op de tweede en de derde plaats wat betreft het aantal regelmatige gebruikers.

Tabel 34
Laatstejaarsgebruik van cannabis, amfetamines en XTC (2000-2001)

	niet		occasioneel		regelmatig	
	N	%	N	%	N	%
cannabis	12.955	85,3	1.461	9,6	775	5,1
amfetamines	14.926	98,2	212	1,4	55	0,4
XTC	14.937	98,2	204	1,3	69	0,4

Bron: Kinable, 2001, p. 11 bijlage

1 op 4 van de jongeren die in *Vlaams-Brabant* over hun genotmiddelengebruik werden bevraagd, nam ooit illegale drugs (Engels e.a., 2002, p. 22-25). Het afgelopen jaar nam 1 jongere op 5 illegale drugs. Bij twee derde gaat het enkel om cannabisgebruik. Het gebruik van illegale drugs neemt toe met de leeftijd. 3 op 10 jongeren tussen 16 en 18 en tussen 19 en 22 jaar gebruikte het voorbije jaar illegale drugs. Van de jongeren tussen 16 en 18 jaar gebruikt 1 op 5 regelmatig. Bij de 19- tot 22-jarigen daalt het aandeel regelmatige gebruikers naar 1 op 6. Meer jongens dan meisjes gebruiken illegale drugs en ze doen dat tevens regelmatiger.
Een vierde van de jongeren gebruikte reeds cannabis, een vijfde deed dat ook het afgelopen jaar. De frequentie van cannabisgebruik neemt toe met de leeftijd. 3,5% van de jongeren tussen 12 en 15 jaar gebruikt regelmatig cannabis tegenover 15,6% van de 19- tot 22-jarigen. Jongens die cannabis gebruiken doen dit frequenter dan meisjes (tabel 35).
Jongeren met een hoge sociaal-economische status geven meer aan dat ze recentelijk cannabis hebben gebruikt en zij gebruiken ook frequenter.

Tabel 35
Frequentie van cannabisgebruik volgens sekse (2001)

	jongens	meisjes
> 1x/maand	4,3%	3,4%
1x/week	1,6%	1,8%
> 1x/week	5,8%	2,3%
dagelijks	4,1%	0,3%

Bron: Engels e.a., 2002, p. 24

Minder dan 1% van de jongeren gebruikte ooit heroïne, minder dan 2% gebruikte ooit cocaïne en minder dan 4% nam ooit amfetamines, trip- of snuifmiddelen (Engels e.a., 2002, p. 25). 1 op 20 gebruikte ooit XTC.

In het eerste jaar van het secundair onderwijs in *Antwerpen* heeft 95,4% van de meisjes en 90,3% van de jongens nog nooit softdrugs[44] gebruikt (Vermeiren en Deboutte, 2000, p. 13). In het vijfde jaar heeft 49,5% van de meisjes en 43,7% van de jongens nog nooit softdrugs gebruikt. 26,2% van de meisjes en 38,8% van de jongens in het vijfde jaar heeft reeds meerdere keren softdrugs gebruikt. 13,4% van de meisjes en 17,2% van de jongens in het vijfde jaar zegt dat geen van hun vrienden softdrugs gebruiken.

Uit de StudentStart drugsenquête[45] bleek dat bijna de helft (47,6%) van de studenten cannabis gebruikt. Meer jongens (54,6%) dan meisjes (33,2%) gebruiken cannabis. 8,5% gebruikt wekelijks cannabis en 19,5% meermaals per week. Niet roken sluit cannabisgebruik niet uit want 13,4% van de niet-rokers gebruikt minstens één keer per week cannabis.
9,1% van de studenten gebruikt XTC of aanverwante, 1,4% doet dat wekelijks. Meer jongens (11,2%) dan meisjes (5,1%) gebruiken XTC.
4,9% van de studenten gebruikt harddrugs (cocaïne, heroïne,...). 0,4% doet dit wekelijks en 1,1% maandelijks. Opvallend is dat nu meer meisjes (5,8%) dan jongens (3,2%) deze producten gebruiken.

3.3.2 Motieven voor het gebruik van illegale drugs

De meeste jongeren die experimenteren met illegale drugs houden na een aantal keer vanzelf op met gebruiken. Andere jongeren beslissen om door te gaan. Motieven om drugs te gebruiken spelen daarin een rol. Van de totale groep jongeren, bevraagd in het kader van de VAD-leerlingenbevraging, vermoedt 55% dat jongeren illegale drugs gebruiken voor de kick en 52,1% denkt dat stoerdoenerij hierin een rol speelt (Kinable, 2001). De meeste van deze jongeren gebruiken geen illegale drugs. 43% denkt dat het te maken heeft met nieuwsgierigheid. 31,9% meent dat dit gebeurt onder druk van

[44] Wat verstaan wordt onder softdrugs is in deze studie niet nader gespecificeerd.
[45] De resultaten van de drugsenquête van StudentStart zijn weergegeven op de website http://www.studentstart.be/Drugsenquete (dd.15/03/2002).

vrienden en op de vijfde plaats wordt vermeld dat ze het doen om zich goed te voelen (21,7%).
Jongeren nemen geen illegale drugs omdat ze bang zijn om verslaafd te worden (47,6%). 35,2% meent dat jongeren geen drugs gebruiken 'omdat ze geen drugs nodig hebben', 31,4% denkt dat dit te maken heeft met het feit ze schrik hebben voor hun ouders en 24,9% 'omdat illegale drugs te duur zijn'. Op de vijfde plaats vermeldde 24,4% 'omdat ze er niet in geïnteresseerd zijn' als motief om geen drugs te gebruiken. Slechts 5% meent dat jongeren geen illegale drugs gebruiken omdat ze er moeilijk aan geraken.

Ook bij de *Vlaams-Brabantse* jongeren peilden onderzoekers naar de motieven om al dan niet illegale drugs te gaan gebruiken. Jongeren die geen illegale drugs gebruikten, doen dit niet omdat ze die niet nodig hebben, omdat ze dan de controle over zichzelf verliezen, omdat het verslavend is en omwille van het gevaar voor de gezondheid (Engels e.a., 2002, p. 36). Jongeren die cannabis gebruikten, doen dit omdat ze er zin in hebben, uit nieuwsgierigheid, voor de gezelligheid of om zich te ontspannen. Cannabisgebruikers gebruiken geen andere illegale drugs om dezelfde redenen dan de jongeren die geen illegale drugs gebruiken.

3.3.3 Drugdealen

Engels e.a. (2002) onderzochten tevens of jongeren soms drugs dealden. 1 jongen op 10 tussen 16 en 22 jaar dealt drugs.

Ook in de *Antwerpse* bevraging werd nagegaan of jongeren drugs verkopen (Vermeiren en Deboutte, 2000, p. 18). Drugdealen neemt sterk toe met de leeftijd. 2,1% van het eerste jaar, 13,1% van het derde jaar en 20,2% van het vijfde jaar verkoopt drugs. 10% van de jongens uit het vijfde jaar verkoopt harddrugs. Dealen komt vooral bij jongens voor. Drugverkoop komt meer voor bij Vlaamse jongeren dan bij Marokkaanse en Turkse jongeren. Leerlingen uit het BSO melden meer dan de andere leerlingen dat ze drugs verkopen.

3.4 Spelen voor geld

Behalve vragen over druggebruik werd er in de leerlingenbevraging van VAD ook een vraag gesteld over spelen voor geld, gokken.
Ruim een kwart van de leerlingen (28,9%) heeft ooit al voor geld gewed (tabel 36), 29,4% heeft ooit al met de Lotto gespeeld, 20% heeft ooit al op gokautomaten gespeeld en 12,6% heeft al voor geld gekaart (Kinable, 2001)[46]. De gokvormen die de leerlingen het vaakst beoefenen, zijn de Lotto en gokautomaten: respectievelijk 4,2 en 3,7% van de leerlingen doet dit frequent (minstens eenmaal per week).

---

[46] Het percentage ooit spelen voor geld bestaat uit de som van de percentages occasioneel en regelmatig spelen voor geld.

Tabel 36
Frequentie van gokken (2000-2001)

	nooit		occasioneel <1x/week		regelmatig >=1x/week	
	N	%	N	%	N	%
gokautomaten	12.332	80,0	2.508	16,3	574	3,7
kaarten voor geld	13.387	87,4	1.699	11,1	226	1,5
Lotto	10.838	70,6	3.873	25,3	643	4,2
wedden voor geld	10.938	71,1	4.128	26,8	327	2,1

Bron: Kinable, 2001, p. 13 bijlage

Gokken is meer een jongens- dan een meisjeszaak: 59,6% van de jongens heeft ooit al gegokt, tegenover 49,3% van de meisjes. Zowel het occasioneel als het regelmatig gokken ligt hoger bij de jongens.

Ook in de bevraging van jongeren in *Vlaams-Brabant* werd gepolst naar de frequentie van spelen voor geld (Engels e.a., 2002, p. 25-28). De helft van de jongeren speelde het voorbije jaar voor geld. Een vierde deed dat maandelijks of vaker. Jongens spelen meer en vaker dan meisjes. Het populairst zijn de behendigheidsspelen zoals flipperkasten en videospelen. 1 jongere op 3 speelde daar het afgelopen jaar op. Jongens tussen 16 en 18 jaar spelen er het vaakst op, 1 op 10 zelfs wekelijks of vaker (tabel 37). Twee derde van de jongeren speelde ooit op kansspelen (bingo, pokerautomaten, geldschuivers). 1 op 10 doet dat regelmatig. Van de jongens tussen 16 en 18 jaar gokt 17,1% wekelijks of dagelijks op kansspelen (tabel 37).
Een vierde van de jongeren speelde het afgelopen jaar met producten van de Nationale Loterij. 1 op 12 doet dat maandelijks of vaker. Dit komt meer voor bij jongens dan bij meisjes.
Eveneens een vierde van de jongeren wedde het afgelopen jaar voor geld, doch dit gebeurt eerder zelden.

Tabel 37
Wekelijks of dagelijks gokken naar sekse en leeftijd (2001)

	12-15 jaar		16-18 jaar		19-22 jaar	
	jongens	meisjes	jongens	meisjes	jongens	meisjes
gokken	11,6%	5,0%	27,3%	7,0%	16,1%	6,8%
behendigheidsspelen	5,8%	1,6%	11,6%	3,0%	5,9%	2,7%
kansspelen	2,4%	0,8%	17,1%	5,0%	10,0%	4,1%
spelen op Lotto	4,5%	3,1%	5,0%	1,7%	3,6%	0,9%
wedden voor geld	2,1%	0,6%	6,6%	0,0%	1,2%	0,9%

Bron: Engels e.a., 2002, p. 26-28

DEEL 3
GEVOLGEN VAN MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

Hoofdstuk 1. Gezondheidsproblemen als gevolg van middelengebruik [47]

Overmatig druggebruik kan lichamelijke en psychische problemen veroorzaken. Levercirrose treedt bijvoorbeeld op als gevolg van overmatig alcoholgebruik, (injecterende) druggebruikers zijn dan weer gevoeliger voor HIV-besmetting of overdosissen en ieder jaar sterven er mannen en vrouwen aan medicatievergiftiging. Alcohol- en druggebruik in het verkeer kan bovendien nefaste lichamelijke gevolgen hebben voor derden niet-gebruikers.
Alcohol-, geneesmiddelen- of druggebruik kunnen ook de oorzaak zijn van ongevallen in de privésfeer. In 1996 was in 23% van de ongevallen in de privésfeer alcohol- of druggebruik een voorbeschikkende factor en in 20% van de ongevallen spelen psychofarmaca daarin een rol (Devroey e.a., 2001, p. 16). Bij de mannen zijn alcohol- en druggebruik belangrijker dan bij de vrouwen. Bij de vrouwen zijn psychofarmaca dan weer meer van belang.

1.1 Aan alcohol gerelateerde mortaliteit en morbiditeit

Overmatig middelengebruik veroorzaakt meestal lichamelijke schade. Uiteraard is de schade afhankelijk van de persoon en wordt ze mee bepaald door leeftijd en sekse.
Alcohol beschadigt weefsels en organen. Vooral de lever en het zenuwstelsel zijn zeer gevoelig. Als gevolg van chronisch alcoholgebruik kunnen onder andere de volgende ziektebeelden optreden: maagslijmvliesontsteking, alvleesklierontsteking, leveraandoeningen, alcoholhepatitis, levercirrose, aandoeningen van hart- en bloedvatenstelsel, arteriële hypertensie, bloedcelafwijkingen, endocriene stoornissen, spierweefselaandoeningen, perifere zenuwaandoeningen, Wernicke-Korsakow-syndroom, encefalopathie, het magnesiumdeficiëntiesyndroom, hypoglycemie, epilepsie, hypo-osmolaliteit, foetaal alcoholsyndroom (Van Epen, 1997, p. 159-170).
Naast negatieve lichamelijke gevolgen voor de alcoholdrinker zelf kan het gebruik van alcohol in het verkeer bijvoorbeeld ook nefast zijn voor anderen.

1.1.1 Verkeersongevallen

In 2000 gebeurden er 49.065 ongevallen waarbij ook doden en gewonden vielen. Het aantal ongevallen waarbij minstens één bestuurder klaarblijkelijk dronken[48] is, is in

[47] In de bijlage wordt de methodologie van de geraadpleegde bronnen omschreven.
[48] 'Klaarblijkelijk dronken' is één van de categorieën op het ongevallenformulier.

2000 licht toegenomen in vergelijking met 1999[49] (tabel 38). In 2000 waren er in totaal 3.317 zulke ongevallen, dat zijn er 14 meer dan in 1999. De meeste van deze ongevallen veroorzaken licht gewonde slachtoffers. Nochtans is het aantal ongevallen met zwaar gewonden tegenover 1999 gestegen en bedraagt het in 2000 693 (+ 47 tegenover 1999).
Het aantal slachtoffers is in vergelijking met 1999 gedaald met 37. Er zijn in 2000 meer zwaar gewonden gevallen in ongevallen waarbij minstens één bestuurder dronken was. Het aantal doden, dodelijk gewonde en lichtgewonde slachtoffers uit deze ongevallen nam daarentegen af.

Tabel 38
Ongevallen met minstens één bestuurder in duidelijke staat van dronkenschap[50]

jaar	aantal ongevallen					aantal slachtoffers				
	met doden	met dodel. gew.	met zwaar gew.	met licht gew.	totaal	doden	dodel. gew.	zwaar gew.	licht gew.	totaal
1991	95	9	956	2.290	**3.350**	103	9	1.260	3.691	**5.063**
1992	74	8	889	2.181	**3.152**	78	8	1.157	3.517	**4.760**
1993	75	9	893	2.166	**3.143**	79	9	1.149	3.455	**4.692**
1994	90	6	839	2.262	**3.197**	97	6	1.154	3.646	**4.903**
1995	73	10	760	2.689	**3.532**	84	10	968	4.230	**5.292**
1996	69	6	755	2.396	**3.226**	77	6	949	3.699	**4.731**
1997	57	5	734	2.460	**3.256**	62	5	932	3.780	**4.779**
1998	82	13	715	2.715	**3.525**	99	13	934	4.165	**5.211**
1999	72	11	646	2.574	**3.303**	77	12	834	4.004	**4.927**
2000	60	6	693	2.558	**3.317**	63	6	865	3.956	**4.890**

Bron: NIS, 2001c, p. 89-90

Toch valt op dat de meeste ongevallen met doden of gewonden niet gerelateerd zijn aan dronkenschap, drug- of medicatiegebruik (tabel 39). In 91,9% (45.098) van de ongevallen zijn de bestuurders in een normale toestand. In 2000 werd voor 37 ongevallen bij één van de bestuurders een combinatie van dronkenschap en het gebruik van medicatie of drugs vastgesteld. Voor 71 ongevallen was minstens één bestuurder dronken en daarbij ziek of vermoeid. Bij 147 ongevallen vond men één van de personen onder invloed van medicatie of drugs.

49 We baseren ons hier op de statistieken van de verkeersongevallen die jaarlijks worden gebundeld door het Nationaal Instituut voor de Statistiek. Het gaat om verkeersongevallen op de openbare weg, waarbij de betrokkenen een lichamelijk letsel opliepen en die zijn vastgesteld door politie of rijkswacht. Ongevallen op privaat terrein en ongevallen met enkel materiële schade zijn niet in de cijfers opgenomen.

50 We geven hier enkel de ongevallen weer waarbij één van de bestuurders in duidelijke staat van dronkenschap is. De cijfers over ongevallen waarbij één van de bestuurders dronken is én onder invloed is van geneesmiddelen of drugs worden hier niet weergegeven. Deze cijfers zijn dus een onderschatting van het reële aantal ongevallen die alcoholgerelateerd zijn.
De cijfers van 1991-1999 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001, p. 43).

Tabel 39
Aantal ongevallen volgens de staat van de weggebruikers (2000)

toestand van minstens één van de bestuurders	aantal ongevallen met				
	doden	dodelijk gewonden	zwaar gewonden	licht gewonden	totaal
normaal	300	22	1.052	3.940	**5.314**
klaarblijkelijke dronkenschap	60	6	693	2.558	**3.317**
onder invloed van geneesmiddelen of drugs	10	-	35	102	**147**
ziek, vermoeid	41	4	176	455	**676**
dronkenschap & onder invloed van genees-middelen of drugs	-	-	6	31	**37**
dronkenschap & ziek, vermoeid	1	1	8	61	**71**
ziek, vermoeid & geneesmiddelen	2	-	5	1	**8**
andere of onbekend	568	24	1.199	3.397	**5.188**
alle weggebruikers zijn in normale toestand	587	68	5.906	33.223	**39.784**
totaal aantal ongevallen	**1.253**	**103**	**7.990**	**39.719**	**49.065**[51]

Bron: NIS, 2001c, p. 89

Niet bij alle ongevallen met slachtoffers leggen de politiediensten een alcoholtest op. In de meeste gevallen wordt zelfs geen alcoholtest (78%) afgenomen (tabel 40). Van de bestuurders die wel getest worden op hun alcoholgehalte, zijn de meesten negatief (80,6% van de uitgevoerde alcoholtesten).

Tabel 40
Aantal bestuurders en voetgangers die slachtoffer zijn van verkeersongevallen volgens de alcoholtest (2000)

alcoholtest	doden	dodelijk gewonden	zwaar gewonden	licht gewonden	totaal
niet uitgevoerd	1.093	90	6.406	33.418	**41.007**
geweigerd door bestuurder	-	-	29	128	**157**
positief	4	1	333	1.872	**2.210**
negatief	18	4	998	8.170	**9.190**
totaal	**1.115**	**95**	**7.766**	**43.588**	**52.564**

Bron: NIS, 2001c, p. 89

[51] Het totaal aantal ongevallen met doden en gewonden (49.065) is kleiner dan de som van bovenstaande categorieën (54.542) omdat de politiediensten op het ongevallenformulier meer dan één code kunnen toekennen aan één ongeval.

Het Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid (BIVV) combineert de twee soorten gegevens die op het ongevallenformulier worden geregistreerd, namelijk zowel de resultaten van de alcoholtest als de gegevens over de toestand van de bestuurder. In die zin zijn de cijfers niet volledig te vergelijken met deze in tabellen 38 en 39 van het Nationaal Instituut voor de Statistiek, die telkens op één van die gegevens gebaseerd zijn. Het totaal aantal ongevallen is in 2000 afgenomen tegenover 1999. Waar er in 1999 bij 8,1% van de ongevallen sprake is van alcoholgebruik is dat in 2000 gestegen naar 8,5% (tabel 41). Bij ongevallen met doden of gewonden is in 2000 in 10,2% van de gevallen één van de bestuurders onder invloed van alcohol. Ook hier zien we een lichte toename tegenover 1999.

Tabel 41
Ongevallen met alcoholgebruik (1999 – 2000)

	alle ongevallen zonder alcoholgebruik		met alcoholgebruik		totaal
	N	%	N	%	N
1999	47.410	91,9	4.191	8,1	51.601
2000	44.897	91,5	4.168	8,5	49.065
	ongevallen met doden of ernstig gewonden zonder alcoholgebruik		met alcoholgebruik		totaal
	N	%	N	%	N
1999	8.795	90,1	965	9,9	9.760
2000	8.397	89,8	949	10,2	9.346

Bron: BIVV, 2000, p. 39

7,7% (787) van de bestuurders die in 2000 betrokken waren in een ongeval met doden of ernstig gewonden is onder invloed van alcohol (tabel 42). In de leeftijdsklassen 30 tot 39 jaar en 40 tot 49 jaar zijn het meest bestuurders onder invloed te vinden. Van de jonge bestuurders (jonger dan 25 jaar) die bij een ongeval met doden of ernstig gewonden zijn betrokken, is 7,4% onder invloed van alcohol.

Tabel 42
Bestuurders van personenauto's, onder invloed van alcohol, betrokken bij verkeersongevallen met minstens één dode of ernstig gewonde weggebruiker, naar leeftijd (2000)

leeftijd	aantal betrokken bestuurders	aantal betrokken bestuurders onder invloed van alcohol	
	N	N	%
18-24 jaar	2.287	170	7,4
25-29 jaar	1.453	118	8,1
30-39 jaar	2.337	216	9,2
40-49 jaar	1.676	145	8,7
50-59 jaar	987	79	8,0
60-69 jaar	597	22	3,7
70+ jaar	537	12	2,2
totaal	**10.204**	**787**	**7,7**

Bron: BIVV, 2000, p. 39

1.1.2 Alcoholgerelateerde overlijdens

Het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap geeft in de gezondheidsindicatoren jaarlijks een overzicht van de sterften in Vlaanderen (Cloots e.a, 2001).
De voornaamste doodsoorzaken zijn zowel bij vrouwen als bij mannen kankers en hart- en vaatziekten (tabel 43). Het percentage slachtoffers van chronisch leverlijden of levercirrose als mogelijk gevolg van excessief alcoholgebruik neemt toe tot de leeftijd van 64 jaar, maar vormt in vergelijking met andere aandoeningen geen belangrijke doodsoorzaak. De leeftijdscategorieën van 25 tot 44 jaar en van 45 tot 64 jaar zijn voor levercirrose het meest kritiek. 3% van de overlijdens van mannen in deze leeftijdscategorieën is te wijten aan chronisch leverlijden of –levercirrose. Bij de vrouwen komt chronisch leverlijden of –levercirrose het vaakst voor als doodsoorzaak in de leeftijdscategorie 45 tot 64 jaar (3%).
Deze cijfers zijn echter te weinig gedetailleerd om iets te zeggen over de alcoholgerelateerde overlijdens.

Tabel 43
Het proportioneel sterftecijfer[52] voor mannen (M) en vrouwen (V) van het Vlaamse Gewest (1999)

aantal overlijdens (in abs. aantallen)	1-14 jaar		15-24 jaar		25-44 jaar		45-64 jaar		65-74 jaar		75 jaar en +		totaal	
mannen:	91		324		1.191		5.102		7.430		14.603		28.741	
vrouwen:	86		116		650		2.647		4.206		20.276		27.981	
soort aandoening (%)	**M**	**V**	**M**	**V**	**M**	**V**	**M**	**V**	**M**	**V**	**M**	**V**	**M**	**V**
alle nieuwvormingen:	**20**	**15**	**9**	**11**	**16**	**42**	**42**	**54**	**41**	**38**	**25**	**16**	**32**	**23**
longkanker	0	1	0	0	3	4	16	6	16	4	7	1	11	2
colorectale kanker	0	0	0	0	1	2	4	5	4	5	3	3	3	3
prostaatkanker	0	-	0	-	0	-	1	-	3	-	4	-	3	-
leukemie	1	5	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
borstkanker	-	0	-	1	-	14	-	18	-	8	-	2	-	5
baarmoeder(hals)kanker	-	0	-	0	-	4	-	3	-	2	-	1	-	1
alle hart- en vaatziekten:	**4**	**3**	**3**	**12**	**13**	**13**	**28**	**20**	**32**	**34**	**39**	**47**	**34**	**41**
ischemische hartziekten	0	0	0	2	6	3	15	7	15	13	14	12	14	12
cerebrovasculaire aandoeningen	0	0	0	2	2	5	4	5	7	9	10	13	7	11
atherosclerose	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	2	2	2
hypertensie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
hartinsufficiëntie	0	0	1	0	1	0	2	2	3	3	6	10	4	8
alle long-aandoeningen:	**4**	**2**	**1**	**3**	**2**	**3**	**6**	**5**	**12**	**8**	**17**	**12**	**13**	**10**
COPD	0	1	0	1	1	1	3	2	7	3	8	3	7	3
pneunomie/influenza	0	1	0	1	1	1	2	1	3	3	6	6	4	5
diabetes	**0**	**1**	**0**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**	**1**	**2**	**1**	**2**	**1**	**2**
dementie	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**	**3**	**5**	**2**	**4**
chronisch leverlijden - cirrose	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**	**2**	**3**	**3**	**1**	**1**	**0**	**0**	**1**	**1**
slecht gedefinieerde condities	**1**	**5**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**3**	**4**	**2**	**3**
alle uitwendige doodsoorzaken:	**44**	**44**	**77**	**60**	**55**	**29**	**11**	**8**	**3**	**3**	**2**	**3**	**7**	**4**
verkeersongevallen	16	20	44	38	18	8	2	2	1	1	0	0	2	1
zelfmoord	4	2	23	14	25	15	5	4	1	1	1	0	3	1
ongevallen in privé sector	19	14	5	3	6	4	3	2	1	1	1	2	2	2
andere oorzaken	**26**	**29**	**10**	**12**	**10**	**10**	**7**	**9**	**7**	**11**	**9**	**12**	**8**	**12**

Bron: Cloots e.a., 2001, p. 13

[52] Verhouding van het aantal sterftes door een specifieke oorzaak op het totaal aantal sterftes. Om het overwicht van de overlijdens op oudere leeftijd weg te werken, wordt hier een opdeling gemaakt in meerdere leeftijdsgroepen.

In de statistiek van de doodsoorzaken worden de oorspronkelijke doodsoorzaken voor Vlaanderen samengebracht (ministerie van de Vlaamse Gemeenschap)[53]. We zien dan dat alcoholische leverziekte in 1999 voor 223 mannen en voor 87 vrouwen de doodsoorzaak was (tabel 44). Sterfte als gevolg van psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol komen minder vaak voor, maar toch stierven hieraan in 1999 86 mannen en 24 vrouwen. Slechts bij één man werd de diagnose van autointoxicatie door gebruik van alcohol gesteld en één man overleed door onopzettelijke vergiftiging door alcohol. 19 mannen en 7 vrouwen overleden als gevolg van alcoholische cardiomyopathie. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met deze van 1998.

Tabel 44
Alcoholgerelateerde doodsoorzaken[54] in het Vlaams Gewest (1999)

	psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol		alcoholische leverziekte		opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol		onopzettelijke vergiftiging door alcohol		alcoholische cardiomyopathie	
leeftijd	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
15-24 jaar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-34 jaar	1	1	3	-	-	-	-	-	-	-
35-44 jaar	13	4	23	12	1	-	-	-	1	4
45-54 jaar	26	7	70	24	-	-	1	-	5	-
55-64 jaar	27	4	65	23	-	-	-	-	6	3
65-74 jaar	13	4	47	17	-	-	-	-	4	-
75-84 jaar	4	4	12	9	-	-	-	-	2	-
85-94 jaar	2	-	3	2	-	-	-	-	1	-
totaal	**86**	**24**	**223**	**87**	**1**	**0**	**1**	**0**	**19**	**7**

Bron: ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

[53] Deze overlijdensstatistieken zijn gebaseerd op de overlijdenscertificaten die de arts invult. Maandelijks worden deze door de gemeentebesturen doorgestuurd naar de Administratie Gezondheidszorg van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Op de entiteit beleidsondersteuning wordt de diagnose van de arts omgezet in een ICD-10 code (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Deze omzetting gebeurt volgens vaste regels, zodanig dat bepaalde categorieën primeren op de andere. Wanneer de arts op het overlijdenscertificaat bijvoorbeeld overlijden door alcoholintoxicatie op alcoholmisbruik aanduidt, dan geeft de Vlaamse administratie de code van alcoholmisbruik. Is er bijvoorbeeld een combinatie van intoxicatie door medicatie en alcohol, dan zal de code voor intoxicatie door medicatie worden aangeduid. Zijn er lichamelijke oorzaken, dan worden deze in eerste instantie weergegeven. Gebeurt er een ongeval en is de persoon onder invloed van alcohol, dan wordt steeds het ongeval als doodsoorzaak vermeld. Het is bijgevolg moeilijk om op basis van deze cijfers exacte uitspraken te doen over de overlijdensoorzaken als gevolg van middelengebruik. Ze zijn louter indicatief.
Bovendien dienen we hier op te merken dat deze statistiek enkel gevalideerd is op medische informatie.

[54] Alcoholgerelateerde overlijdens hebben we gedefinieerd als overlijdens te wijten aan alcoholische leverziekte (K70), aan psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol (F10), aan alcoholische cardiomyopathie (I4260) en aan opzettelijke en onopzettelijke intoxicatie door alcohol (X65 en X45). We selecteerden met name deze doodsoorzaken uit de ICD-10 codes die zeer duidelijk met alcoholgebruik verband houden.

Alcoholische levercirrose is de voornaamste doodsoorzaak in de categorie alcoholische leverziekten en dit zowel voor mannen (209 gevallen) als vrouwen (78 gevallen). Deze overlijdens kunnen in feite vermeden worden. Om aan te geven hoeveel sterfgevallen kunnen voorkomen worden door primaire preventie, door medische interventies en door secundaire preventie wordt de indicator *'vermijdbare sterfte'* gebruikt. Deze indicator wordt berekend door het aantal sterfgevallen vóór 65 jaar die zich niet hadden moeten voordoen op te sommen (Cloots, 2001, p. 18-19). In het Vlaams Gewest waren er in 1999 2.657 vermijdbare overlijdens bij mannen en 1.475 bij vrouwen (tabel 45). Zowel bij mannen als vrouwen kan een deel ervan voorkomen worden door primaire preventie van levercirrose (respectievelijk 7,9% en 6,2%).

Tabel 45
Vermijdbare sterfte door primaire preventie (1999)

		aantal overlijdens		procentueel aandeel	
	leeftijd	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
longkanker	5-64 jaar	842	173	31,7	11,7
huidkanker	5-64 jaar	2	2	0,1	0,1
ischemische hartziekten	5-64 jaar	820	203	30,9	13,8
levercirrose	15-64 jaar	209	92	7,9	6,2
ongevallen met motorvoertuigen	0-64 jaar	476	153	17,9	10,4
subtotaal		**2.349**	**623**	**88,4**	**42,2**
totaal[55]		**2.657**	**1.475**		

Bron: Cloots e.a., 2001, p. 19

Alcoholafhankelijkheid is de voornaamste doodsoorzaak bij overlijden als gevolg van psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol en dit zowel voor mannen (59 gevallen) als vrouwen (17 gevallen). Daarbij dient rekening gehouden te worden met de bemerkingen die we maakten bij de omzetting van de diagnose van de arts naar een ICD-10 code. De toekenning van de code van alcoholafhankelijkheid als oorzaak van sterfte gebeurt op basis van vastgelegde regels. Strikt genomen kan men in feite niet overlijden aan alcoholafhankelijkheid, maar zal men overlijden aan alcoholintoxicatie of een delirium (als we binnen de psychische oorzaken blijven). Deze cijfers dienen dus zeker met de nodige nuance geïnterpreteerd te worden.

In 1998 overleden in Brussel 190 personen door gebruik van alcohol, illegale drugs of psychoactieve medicatie (De Spiegelaere e.a., 2001, p. 48-49). In Brussel bedroeg het sterftecijfer voor alcohol 20,2 per 100.000 mannen en 11,4 per 100.000 vrouwen. Bij mannen is het aantal sterfgevallen door alcoholmisbruik twee keer hoger dan bij vrouwen. 92 mannen en 57 vrouwen overleden door alcoholmisbruik. In de meeste gevallen was levercirrose de oorzaak. Overlijdens door alcohol komen vooral op latere leeftijd (tussen 60 en 64 jaar) voor.

---

[55] In het totaal aantal overlijdens zijn eveneens de vermijdbare sterften door medische interventies begrepen.

1.2 Mortaliteit en morbiditeit door medicatiegebruik

Ieder jaar sterven er mensen als gevolg van een al dan niet opzettelijke intoxicatie door medicatiegebruik. In de statistiek van de doodsoorzaken vinden we daarover enkele cijfers (ministerie van de Vlaamse Gemeenschap).
In 1999 stierven 9 mannen en 3 vrouwen door onopzettelijke vergiftiging door medicatie[56]. 28 mannen en 23 vrouwen vergiftigden zichzelf opzettelijk met behulp van medicatie. Bij 2 mannen kon de opzettelijkheid niet bepaald worden.

In Brussel stierven in 1998 8 mannen en 11 vrouwen als gevolg van zelfdoding door medicatiegebruik (De Spiegelaere e.a., 2001, p. 48-49).

1.3 Mortaliteit en morbiditeit als gevolg van het gebruik van illegale drugs

Hoewel problematische illegaledruggebruikers slechts een klein deel van de bevolking uitmaken, kennen ze verhoudingsgewijs meer gezondheidsproblemen en hebben ze een hoger sterftecijfer (EWDD, 2001, p. 20). Het totale sterftecijfer voor opiaatgebruikers zou zelfs tot 20 keer hoger zijn dan voor de algemene bevolking van dezelfde leeftijd. We bedoelen dan zowel de sterfte door overdosis als de sterfte door ongevallen, zelfdoding, aids of andere besmettelijke ziekten. Daarenboven is het sterftecijfer van injecterende druggebruikers 2 tot 4 keer hoger dan dat van andere druggebruikers. Met HIV besmette druggebruikers hebben een sterftecijfer dat tot 6 keer boven dat van niet-besmette druggebruikers ligt.
Het gebruik van opiaten in combinatie met bijvoorbeeld alcohol of benzodiazepines vergroot de kans op een overdosis.

1.3.1 HIV-besmetting en middelengebruik

Als gevolg van hun levenswijze en de toedieningswijze van bepaalde substanties lopen druggebruikers meer kans op besmettelijke aandoeningen, waaronder HIV-besmetting.

Sinds het begin van de HIV-epidemie tot en met 31 december 2000 werd er bij 13.905 personen in ons land HIV-infectie vastgesteld (Sasse, 2001). Gemiddeld komen er 2,5 gevallen per dag bij. Van deze 13.905 seropositieven hebben 2.801 personen aids ontwikkeld op 31 december 2000.
6,6% van alle seropositieven waarvan de overdrachtswijze gekend is, is waarschijnlijk met HIV besmet via injecterend druggebruik[57] (tabel 46).

---

[56] Anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen.
[57] Is gebaseerd op wat de arts aanduidt op het formulier dat hij invult voor elke nieuwe seropositieve (zie bijlage).

Tabel 46

Aandeel van druggebruikers onder de seropositieven waarvan nationaliteit, sekse en waarschijnlijke overdrachtswijze gekend zijn[58]

datum	aantal patiënten van wie overdrachtswijze gekend is	aantal injecterende druggebruikers	percentage
december 1994	5.076	422	8,3
december 1995	5.694	353	6,2
december 1996	5.804	431	7,4
december 1997	6.174	446	7,2
december 1998	6.583	452	6,9
december 1999	7.374	476	6,5
december 2000	7.469	495	6,6

Bron: Sasse, 2001, p. 3

Van de Belgische mannen waarvan de waarschijnlijke overdrachtswijze gekend is, verklaart 5,4% (143) drugs geïnjecteerd te hebben. 10,3% (64) van de Belgische vrouwen wijt de besmetting met HIV aan injecterend druggebruik. Van de niet-Belgische geïnfecteerden is 7,1% (298) waarschijnlijk besmet via injecterend druggebruik (10,9% van de mannen en 2,9% van de vrouwen) (tabel 47)[59]. Bij de interpretatie van deze gegevens mag men het hoge percentage onbekenden niet minimaliseren (38,8%).

[58] De cijfers voor 1994 tot 1999 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001, p. 54).

[59] Bij de bespreking van tabel 47 is het aantal personen waarvan de overdrachtswijze onbekend is van het totaal afgetrokken om de percentages te berekenen.

Tabel 47
Verdeling van HIV-geïnfecteerden, naar sekse, nationaliteit en waarschijnlijke overdrachtswijze (toestand op 31 december 2000)

waarschijnlijke overdrachtswijze	Belgische nationaliteit			andere nationaliteit			totaal[60]		
	M	V	T	M	V	T	M	V	T[61]
homo-/biseksuele contacten	1.768	-	1.768	458	-	458	2.329	-	2.332
intraveneus druggebruik (IVD)	117	64	181	220	56	276	368	127	495
homo-/biseksuele cont. + IVD	26	-	26	22	-	22	50	-	50
hemofilie	24	-	24	6	-	6	34	-	34
transfusie	50	51	101	70	132	203	126	188	315
heteroseksuele contacten	642	468	1.110	1.374	1.677	3.056	2.091	2.228	4.326
moeder/kind overdracht	34	39	73	76	95	171	130	151	286
onbekend	502	153	657	587	448	1.045	2.853	1.898	4.960
totaal	**3.163**	**775**	**3.940**	**2.813**	**2.408**	**5.237**	**7.981**	**4.592**	**12.798**

Bron: Sasse, 2001, p. 3

Vooral bij jongeren is de virusoverdracht door druggebruik belangrijk in vergelijking met de andere mogelijke overdrachtswijzen (tabel 48). Op 31 december 2000 is 17% van de geïnfecteerden tussen 15 en 24 jaar waarschijnlijk met HIV besmet via injecterend druggebruik. Meer vrouwen (19,3%) dan mannen (16,1%) tussen 15 en 24 jaar zeggen besmet te zijn door injecterend druggebruik. Ook in de andere leeftijdscategorieën zijn er telkens meer vrouwen dan mannen waarschijnlijk besmet door drugs te injecteren. Het percentage van de HIV-geïnfecteerden dat wellicht besmet is door injecterend druggebruik, is in de oudere leeftijdscategorieën veel kleiner (8,1% bij de 25- tot 34-jarigen, 3,4% bij de 35- tot 49-jarigen en 0,4% bij de personen ouder dan 50 jaar).

[60] In dit totaal zijn patiënten met onbekende nationaliteit en/of geslacht inbegrepen.
[61] In deze totalen zijn patiënten met onbekend geslacht inbegrepen.

Tabel 48
De Belgische HIV-geïnfecteerden, naar leeftijd, sekse en overdrachtswijze (toestand op 31 december 2000)

leeftijd	sekse	N	homo-biseks. contact	heteroseks. contact	IV-druggebruik	andere risico's
15-24 jaar	M	274	67,2	9,5	16,1	7,3
	V	119	-	79,8	19,3	0,8
	T	**393**	**46,8**	**30,8**	**17,0**	**5,3**
25-34 jaar	M	1.029	74,6	18,1	6,6	0,7
	V	225	-	79,1	15,1	5,8
	T	**1.254**	**61,2**	**29,0**	**8,1**	**1,6**
35-49 jaar	M	963	67,7	27,2	3,3	1,8
	V	172	-	87,2	4,1	8,7
	T	**1.135**	**57,4**	**36,3**	**3,4**	**2,8**
≥ 50 jaar	M	389	47,6	46,0	0,5	5,9
	V	76	-	72,4	-	27,6
	T	**465**	**39,8**	**50,3**	**0,4**	**9,5**

Bron: Sasse e.a., 2001, p. 11

Eind 2000 waren er in België 2.801 aidspatiënten (Sasse e.a., 2001, p. 17). Daarvan zijn er 1.454 Belgen, 1.330 hebben een andere nationaliteit en van 17 patiënten is de nationaliteit onbekend. 1.658 patiënten wonen al minstens vijf jaar in België (residente aidspatiënten). 869 van de aidspatiënten is niet-resident.
Van de Belgische en niet-Belgische aidspatiënten werd de mogelijke besmettingswijze genoteerd. In 4,8% van de gevallen is injecterend druggebruik de vermoedelijke overdrachtswijze van de besmetting met HIV geweest bij de aidspatiënten met Belgische nationaliteit. Bij vrouwen (12,4%) komt deze oorzaak meer dan bij mannen (3,5%) op de voorgrond (tabel 49). 10 patiënten zijn injecterende druggebruikers met homo- of biseksuele contacten waardoor niet kan aangeduid worden hoe ze besmet zijn.

Tabel 49
Verdeling van residente aidspatiënten met Belgische nationaliteit, naar sekse en waarschijnlijke overdrachtswijze (toestand op 31 december 2000)

waarschijnlijke overdrachtswijze	mannen		vrouwen		totaal	
	N	%	N	%	N	%
homo-/biseksuele contacten	822	66,5	-	-	822	56,5
intraveneus druggebruik (IVD)	43	3,5	27	12,4	70	4,8
homo-/biseksuele cont. + IVD	10	0,8	-	-	10	0,7
hemofilie	13	1,0	-	-	13	0,9
transfusie	30	2,4	32	14,7	62	4,3
heteroseksuele contacten	277	22,4	142	65,1	419	28,8
moeder/kind overdracht	14	1,1	14	6,4	28	1,9
onbekend	27	2,2	3	1,4	30	2,1
totaal	**1.236**	**100,0**	**218**	**100,0**	**1.454**	**100,0**

Bron: Sasse e.a., 2001, p. 22

De kenmerken van de aidspatiënten met niet-Belgische nationaliteit verschillen enigszins van deze van de Belgische aidspatiënten. Bij de niet-Belgische aidspatiënten is een groter aandeel (8,4%) besmet via injecterend druggebruik. In deze groep zijn er in verhouding meer mannen (11,1%) dan vrouwen (4,3%) besmet door injecterend druggebruik (tabel 50). Vijf mannen meldden naast injecterend druggebruik nog homo- en biseksuele contacten.

Tabel 50
Verdeling van aidspatiënten van niet-Belgische nationaliteit, mannen en vrouwen naar waarschijnlijke overdrachtswijze (toestand op 31 december 2000)

waarschijnlijke overdrachtswijze	mannen		vrouwen		totaal	
	N	%	N	%	N	%
homo-/biseksuele contacten	207	26,5	-	-	207	16,0
intraveneus druggebruik (IVD)	87	11,1	22	4,3	109	8,4
homo-/biseksuele cont. + IVD	5	0,6	-	-	5	0,4
transfusie	1	0,1	-	-	1	0,1
heteroseksuele contacten	23	2,9	41	8,0	64	4,9
moeder/kind overdracht	423	54,2	404	78,6	827	63,9
onbekend	35	4,5	47	9,1	82	6,3
totaal	**781**	**100,0**	**514**	**100,0**	**1.295**	**100,0**

Bron: Sasse e.a., 2001, p. 28

Men kan omgekeerd ook nagaan hoeveel personen in een populatie druggebruikers besmet zijn met HIV. Van de personen die in de hulpverlening geregistreerd zijn omwille van middelengerelateerde problemen, met uitzondering van de alcoholgebruikers, blijkt in de helft van de gevallen (52%) de HIV-status niet bekend te zijn (Vandenbussche, 2001, p. 78-79). 27,7% is nooit getest geweest. In 19,3% van de gevallen is de patiënt getest en is de HIV-status ook bekend. In de totale populatie van personen met middelengerelateerde problemen zijn 42 mensen (0,5%) seropositief. Van alle cliënten die ooit injecteerden zijn er 17 seropositief (1,1%).

1.3.2 Druggerelateerd overlijden

Tussen 1994 en 1999 werden in Europa 7.000 à 8.000 acute sterfgevallen ten gevolge van druggebruik gerapporteerd (EWDD, 2001, p. 18). Meestal spelen opiaten daarin een rol. Acute sterfgevallen door cocaïne, amfetamines of XTC zonder opiaten komen in Europa minder vaak voor. De laatste jaren stabiliseerde zich het aantal acute sterfgevallen door illegaal druggebruik.

In 1998 overleden in Brussel 190 personen door gebruik van alcohol, illegale drugs of psychoactieve medicatie (De Spiegelaere e.a., 2001, p. 48-49). In Brussel bedroeg het sterftecijfer voor illegale drugs en psychoactieve medicatie 6,1 per 100.000 mannen en 2,6 per 100.000 vrouwen. Bij mannen is het aantal sterfgevallen door drug- en medicatiemisbruik 2,4 keer hoger dan bij vrouwen. Voor 28 mannen was dit de overlijdensoorzaak tegenover 13 vrouwen. Overlijden door druggebruik komt vooral voor bij jonge mannen (20-24 jaar) (tabel 51).

Tabel 51
Aantal overlijdens als gevolg van druggebruik in Brussel naar sekse (1998)

leeftijd	mannen	vrouwen
20-24 jaar	6	-
25-29 jaar	4	1
30-34 jaar	4	2
35-39 jaar	5	-
40-44 jaar	1	-
totaal	**20**	**3**

Bron: De Spiegelaere e.a., 2001, p. 49 en extra gegevens

Vooraleer de cijfers over de druggerelateerde overlijdens voor Vlaanderen te bespreken, is het raadzaam even stil te staan bij de wijze waarop de overlijdensstatieken gevalideerd worden. De gemeenschappen krijgen de overlijdenscertificaten van de gemeenten en staan in voor de omzetting van de doodsoorzaak zoals ze werd aangeduid door de arts in een ICD-10 code. De informatie van de arts wordt bij onduidelijkheid gecontroleerd door de arts die de aangifte registreerde. Het gaat hier om de eerste validatieprocedure op de medische informatie. Het Nationaal Instituut voor de Statistiek staat in voor de tweede validatieprocedure, met name het valideren van de sociodemografische informatie (sekse, leeftijd,...). De overlijdensstatistieken die het NIS uiteindelijk uitgeeft, zijn volledig (dus zowel op medische als op sociodemografische informatie) gevalideerd.
Europa hanteert een uniforme definitie voor druggerelateerde sterfte.

De Vlaamse Gemeenschap rapporteert rechtstreeks de overlijdensgegevens die enkel op medisch niveau zijn gevalideerd. In haar 'statistiek van de doodsoorzaken' vinden we recente gegevens (1999) terug over de druggerelateerde overlijdens (ministerie van de Vlaamse Gemeenschap). Op basis van deze statistiek kunnen we iets zeggen over de overlijdens als gevolg van psychische en gedragsstoornissen en opzettelijke en onopzettelijke vergiftigingen door gebruik van illegale drugs. We beklemtonen dat onderstaande cijfers niet vergelijkbaar zijn op nationaal en internationaal niveau[62].
In 1999 overleden 34 mannen en 7 vrouwen als gevolg van psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van illegale drugs. In de meeste gevallen gaat het om afhankelijkheid van opiaten (10 mannen, 2 vrouwen) en afhankelijkheid van een ander middel of verschillende middelen (11 mannen, 4 vrouwen). 4 mannen overleden aan afhankelijkheid van sedativa of hypnotica en eveneens 4 stierven aan intoxicatie van een ander middel of verschillende middelen. Opzettelijke vergiftiging door blootstelling aan drugs en psychodysleptica was voor 6 mannen de doodsoorzaak in 1999.

[62] VAD heeft op basis van de 'Statistiek van de doodsoorzaken' (ministerie van de Vlaamse Gemeenschap), de overlijdens als gevolg van het gebruik van illegale middelen geselecteerd. We lieten de doodsoorzaken die verband houden met het gebruik van medicatie buiten beschouwing. De ICD-10 codes F11-F16, F19, X43, X62, Y12 werden geselecteerd.

Hoofdstuk 2. De vraag om hulp [63]

2.1 Hulpverlening bij problematisch middelengebruik

Prevalentiegegevens, zoals voorgesteld in deel 2, zeggen niets over de gezondheids- en andere problemen die gepaard gaan met druggebruik. In feite beschikken we voor België over onvoldoende gegevens over problematisch middelengebruik.
Registratiegegevens over personen die een vraag naar behandeling stellen omwille van drugproblemen, bieden wel indirect een beeld van het probleemgebruik door aantal en kenmerken van de personen in behandeling te geven, evenals trends in druggebruik en gebruikswijzen (Vanderplasschen e.a., 2001). Wel is het zo dat slechts een minderheid van de probleemgebruikers een beroep doet op de hulpverlening. Een tweede kanttekening bij registratiegegevens is dat ze over het algemeen geen rekening houden met dubbeltellingen.
In het evaluatieonderzoek van de medisch-sociale opvangcentra (MSOC) wordt op de noodzaak van betrouwbare en vergelijkbare gegevens gewezen (Pelc, e.a., 2001, p. 21-27). Een zowel op lokaal als federaal vlak gestandaardiseerd registratiesysteem zou de vergelijking tussen gegevens optimaliseren. In dat opzicht zijn gemeenschappelijke standaardvariabelen eveneens nodig. Om ook de dubbeltellingen te vermijden, zou een uniek en gecodeerd cliëntnummer ideaal zijn.
Aangezien dit alles moeilijk te verwezenlijken is, kan kwalitatief onderzoek een passende aanvulling zijn *'dat de kwantitatieve informatie kan verduidelijken, aanvullen en in de juiste context kan plaatsen'* (Pelc, e.a., 2001, p. 27).

Er zijn verschillende kanalen waarlangs mensen hulp kunnen zoeken voor problematisch middelengebruik. Ook op niet-drugspecifieke diensten zoals het Algemeen Welzijnswerk, de huisartsen, de OCMW's, het jeugdwerk,... kan een beroep gedaan worden. Daarover bestaat echter zo goed als geen cijfermateriaal. Het onderzoek van Lescrauwaet (2001) vormt daarop een uitzondering.
De inspanningen van heel wat registrators op de verschillende niveaus van de drughulpverlening geven ons een heel goed beeld van problematisch middelengebruik in de Belgische bevolking. Onderzoek vult deze gegevens aan.

De gespecialiseerde hulpverlening[64] registreert de opnames voor alcohol-, medicatie- en illegaledruggebruik. De resultaten daarvan worden weergegeven in de *Vlaamse Registratie Middelengebruik* (VRM) (Vandenbussche, 2001). De provincie Vlaams-Brabant verwerkte de VRM-gegevens voor haar provincie (Vandenbussche en Jacobs, 2002). Het rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) verwerkte de gegevens van het administratieve databestand over de verslaafdenzorg en geeft een overzicht van de sector over 1980-1999 (RIZIV, 2001). De recent opgerichte MSOC's

---

[63] In de bijlage wordt de methodologie van de geraadpleegde bronnen omschreven.
[64] Met gespecialiseerde drughulpverlening bedoelen we psychiatrische ziekenhuizen (PZ), psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), de therapeutische gemeenschappen (TG), de crisisinterventiecentra (CIC) en de dagcentra (DC), centra geestelijke gezondheidszorg (CGG), het straathoekwerk (SHW) en de medisch-sociale opvangcentra (MSOC).

werden tussen april 1999 en maart 2000 geëvalueerd, waardoor we voor deze specifieke behandelingsvorm over zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens beschikken. Naar de DrugLijn bellen mensen met problemen of vragen inzake middelengebruik. In 43% van de gesprekken stelt de DrugLijn een doorverwijzing voor aan de oproeper (VAD, 2002). In meer dan de helft van de gevallen verwijst de DrugLijn naar de ambulante gespecialiseerde hulpverlening.
Het onderzoek over de drughulpverlening is vooral regionaal van aard. De Vakgroep Orthopedagogiek van de Gentse universiteit analyseerde op vraag van VAD de zorgbehoefte en de tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod bij druggebruikers (De Wilde en Vanderplasschen, 2002). Ze bekeek ook de instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening (Vanderplasschen e.a., 2001) en deed een proefproject over case management (Vanderplasschen e.a., 2002).
Specifiek over het thema alcohol liet VAD door het Hoger Instituut voor de Arbeid (HIVA) van de KU Leuven een studie uitvoeren naar het aantal problematische alcoholgebruikers (Cattaert en Pacolet, 2002).
Een positieve evolutie is alvast de tendens dat de doorgaans zeer kwantitatieve gegevens over de drughulpverlening worden aangevuld met kwalitatieve studies, waardoor de kennis over deze sector zeker wordt verruimd.

2.1.1 Niet-categoriale hulpverlening

Personen met middelengerelateerde problemen komen niet uitsluitend terecht in de gespecialiseerde drughulpverlening. Zo kunnen zij bijvoorbeeld een beroep doen op het Algemeen Welzijnswerk. Het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk voerde in 2000 een behoeftepeiling uit naar begeleid (zelfstandig) wonen (Lescrauwaet, 2001). Uit de doorlichting van de werkingen begeleid wonen blijkt dat op 31 december 2000 bijna een vierde van de cliënten met een verslavingsproblematiek kampt, meestal een alcoholverslaving (16%). 7% kent een combinatie van een psychiatrische problematiek met een verslavingsproblematiek (zogenaamde dubbele diagnose). Daarnaast werd een profiel gemaakt van thuislozen die niet werden opgenomen in het begeleid wonen omdat het volzet was.

Tabel 52
Problematiek van het bereikt en het niet-bereikt cliënteel van begeleid wonen

	profiel aanwezig cliënteel		profiel niet bereikte doelgroep	
	N	%	N	%
ontankering gepaard gaande met alcoholverslaving	115	16	53	13
met drug/medicatieverslaving	32	4	52	12
met meervoudige verslaving	24	3	36	9
met psychiatrische problematiek	96	13	55	13
met laagbegaafdheid of mentale handicap	126	17	82	19
met dubbele diagnose	51	7	38	9
i.v.m. (afgewezen) asielaanvraag	36	5	8	2
gebrek aan sociaal administratieve vaardigheden	-	0	-	0
ontbreken mantelzorg	2	0	3	1
zorgbehoevendheid	16	2	5	1
multipele sociale problematiek	233	32	77	18
andere	5	1	13	3
totaal	**736**	**100**	**422**	**100**

Bron: Lescrauwaet, 2001, p. 40-41

Een derde van de niet-opgenomen doelgroep (33,4%) heeft een verslavingsproblematiek (tabel 52). Bij 9% werd een dubbele diagnose gesteld. Uit een vergelijking van het bereikte en het niet-bereikte cliënteel blijkt dat thuislozen met een drugverslaving of met een dubbele diagnose moeilijker terecht kunnen in het begeleid wonen. Lescrauwaet concludeert dat er zich duidelijk een nood stelt aan vormen van begeleid wonen voor jonge thuisloze druggebruikers.

2.2 Problematisch alcoholgebruik

Cattaert en Pacolet (2002) maakten voor VAD een schatting van het aantal probleemdrinkers in België. Om probleemdrinken te definiëren wordt in dit onderzoek vertrokken van de internationale grens die de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) hanteert. De WGO spreekt van schadelijk drinkgedrag wanneer de geconsumeerde hoeveelheid alcohol in het bloed een psychomotorische verzwakking aantoont. Deze verzwakking treedt bij mannen op vanaf 61 gram alcohol per dag (wat overeenkomt met 6 glazen), bij vrouwen vanaf 41 gram per dag (of 4 glazen).
Om het aantal probleemdrinkers te schatten kan van verschillende bronnen worden uitgegaan. Cattaert en Pacolet vertrokken van de nationale gezondheidsenquête en van de huishoudbudgetenquête. Op basis van de resultaten van de nationale gezondheidsenquête (1997)[65] kan 1,5% van de bevolking een probleemdrinker genoemd worden (uit-

[65] Bietlot, M., Demarest, S., Tafforeau, J., Van Oyen, H. (2000). *De gezondheid in België, zijn gemeenschappen en zijn gewesten. Resultaten van de Gezondheidsenquête door middel van interview, 1997.* Brussel: Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid, Afdeling epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Zie ook www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index4.htm

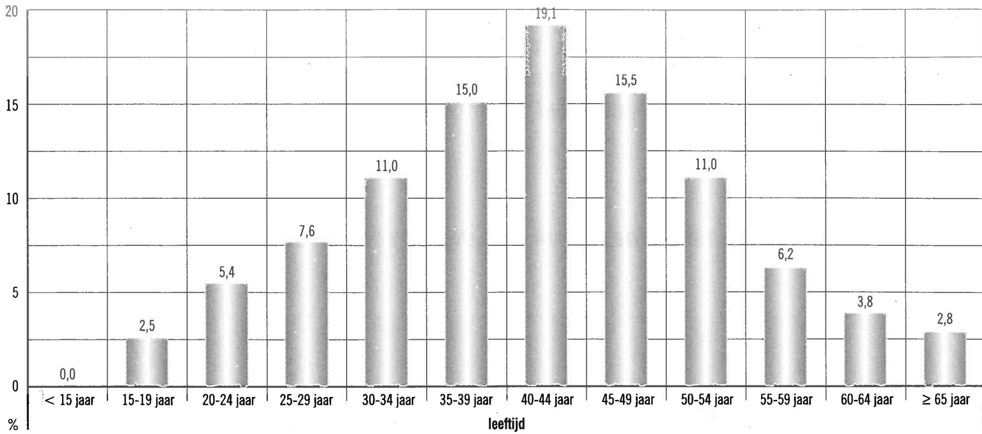
gaande van de WGO-norm), of 1,8% van de mannelijke en 1% van de vrouwelijke Belgische bevolking. Deze groep blijkt ook dagelijks te drinken en ze drinkt vooral bier. De groep probleemdrinkers consumeert 16% van de totale geconsumeerde hoeveelheid alcohol. Bij de mannen situeren de probleemdrinkers zich hoofdzakelijk in de leeftijdscategorie van 40 tot 64 jaar. In deze leeftijdsgroep zijn het vooral de niet-actieve mannen die er een schadelijk drinkpatroon op nahouden.
De Gezinsbudgetenquête van het NIS beschrijft redelijk gedetailleerd de aankopen en bijgevolg de consumptie van alcoholische dranken van particuliere huishoudens. Uit deze enquête kan men afleiden dat de totale alcoholconsumptie in België 8,9 liter pure alcohol per persoon bedraagt. Dit is berekend op de enquêtegegevens van 1999. Uitgaande van deze enquête wordt het aantal probleemdrinkers hoger geschat: 11% van de bevolking ouder dan 15 jaar drinkt gemiddeld 6 glazen per dag. Vooral de uitgaven aan sterke drank zijn sterk geconcentreerd bij een kleine groep: 10% van de huishoudens zorgt voor 72% van de totale uitgaven aan sterke drank. 18% van de gezinnen koopt helemaal geen alcohol in winkels.
Afhankelijk van welke enquêtegegevens men vertrekt, verkrijgt men andere percentages over het aandeel probleemdrinkers in een populatie variërend van 1,5% tot 11%. Aangezien er geen eenduidig antwoord is, is een voorlopige oplossing dat wij van deze uiteenlopende observaties en berekeningswijzen de realiteit ergens situeren op het niveau van het gemiddelde. Het percentage alcoholmisbruik zou in België dan op ongeveer 6% liggen, of neerkomen op ongeveer 500.000 personen, berekend op de drinkende bevolking (+ 15-jarigen).

De *DrugLijn* kan een eerste stap zijn in het zoeken naar hulp voor een alcoholprobleem. In 2000 ging 19% van de gesprekken bij de DrugLijn over alcohol (VAD, 2001). Dit aandeel bleef in 2001 onveranderd (VAD, 2002).

De *gespecialiseerde drughulpverlening*[66] zag in 1999 7.578 personen die alcohol gebruiken (Vandenbussche, 2001, p. 69-74). Dat is bijna de helft (49,1%) van de cliënten die door deze instellingen worden begeleid. Alcohol is dan ook het meest geregistreerde product bij personen met middelengerelateerde problemen in de hulpverlening. Voor 88,1% van de alcoholgebruikers is alcohol tevens het voornaamste product waarvoor ze in behandeling zijn. De meerderheid van de alcoholgebruikers is man. Bijna een derde van de alcoholgebruikers is vrouw. De gemiddelde leeftijd van de alcoholgebruiker in deze hulpverleningsvormen is 41 jaar. 84,4% is ouder dan 30 jaar (grafiek 5). De helft van de geregistreerde alcoholgebruikers is tussen 35 en 49 jaar. De grootste groep is tussen 40 en 44 jaar (19,1%).

[66] Aan de registratie van 1999 participeerden de PZ, de PAAZ, de therapeutische gemeenschappen, de crisisinterventiecentra, de dagcentra, de centra geestelijke gezondheidszorg, het straathoekwerk en de MSOC's.

Grafiek 5
Leeftijd van de alcoholgebruiker in de hulpverlening (1999)



Bron: Vandenbussche, 2001, p. 71

De meerderheid van de alcoholgebruikers in de gespecialiseerde drughulpverlening heeft een vervangingsinkomen (ziekte en invaliditeit, OCMW, RVA, pensioen) of een inkomen uit een eigen beroepsactiviteit. 4 op 10 hebben een eigen gezin en een derde leeft alleen. Alcohol is een product dat veel frequenter wordt gebruikt dan illegale drugs (zie paragraaf 2.4). 52,3% van de alcoholdrinkers die een beroep doen op de hulpverlening drinkt dagelijks alcohol.

In de provincie *Vlaams-Brabant* gebruikt 56,8% van de cliënten alcohol als voornaamste product (Vandenbussche en Jacobs, 2002, p. 40-42). Vooral de PZ (54,8%) en de PAAZ (32,2%) nemen alcoholverslaafden op. 66,1% van de alcoholgebruikers in de hulpverlening is man. De gemiddelde leeftijd van de geregistreerde alcoholgebruikers in de hulpverlening is 45 jaar. 47,5% heeft inkomsten uit eigen beroepsactiviteiten en 42,5% heeft een vervangingsinkomen. 3 op 10 van deze cliënten leven alleen. 55% drinkt dagelijks alcohol.

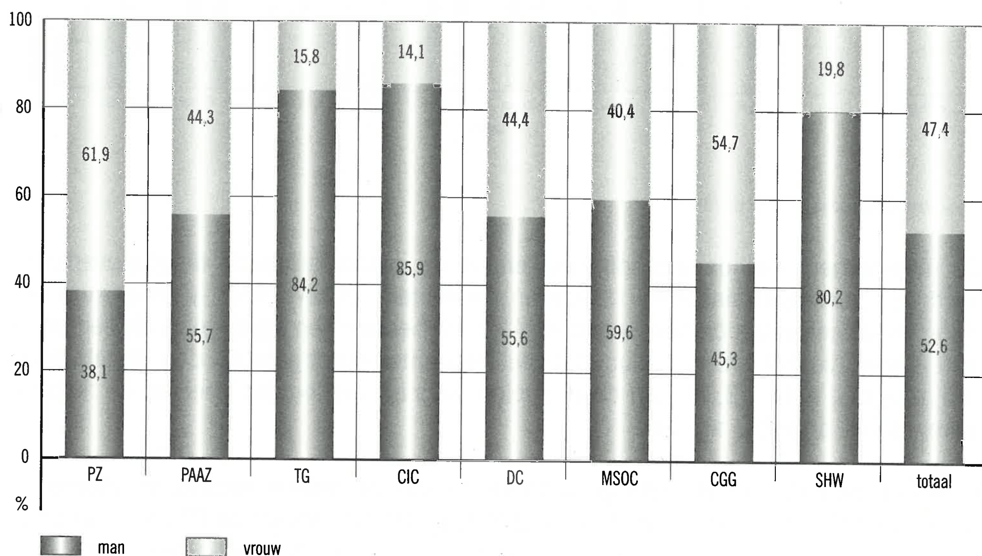
2.3 Mensen met medicatieproblemen in de hulpverlening

Met vragen of problemen over medicatie kunnen mensen eveneens bij de *DrugLijn* terecht. In 2000 komt in 6% van de gesprekken medicatie aan bod (VAD, 2001). In 2001 is dat in 7% van de gesprekken het geval (VAD, 2002).

In de *Vlaamse Registratie Middelengebruik* zijn gegevens opgenomen over het gebruik van *benzodiazepines.* Benzodiazepines zijn kalmerende middelen die tevens angst wegnemen. Voorbeelden van veel gebruikte benzodiazepines zijn Librium®, Valium®, Temesta®, Seresta® of Lorazepam®.

1.195 personen die zich tot de gespecialiseerde hulpverlening wenden, gebruiken benzodiazepines (Vandenbussche, 2001, p. 55-61). Dit is 8% van de totale populatie met middelengerelateerde problemen geregistreerd in de VRM. Bij twee vijfde van de gebruikers van deze producten zijn benzodiazepines ook het hoofdproduct waarvoor ze in behandeling zijn. In tegenstelling tot de groep gebruikers van alcohol en illegale drugs, waarvan mannen telkens de meerderheid vormen, zien we onder de gebruikers van benzodiazepines een gelijk aandeel mannen (52,6%) en vrouwen (47,4%) over de werkvormen (grafiek 6).

Grafiek 6
Geslacht van de benzodiazepinegebruiker geregistreerd in de VRM (1999)



Bron: Vandenbussche, 2001, p. 55

De gemiddelde leeftijd van de benzodiazepinegebruiker is 38 jaar. Men startte met het gebruik op gemiddeld 24 jaar. De meeste cliënten die deze producten gebruiken zijn tussen 35 en 39 jaar oud. 62,6% leeft van een vervangingsinkomen (vooral van een ziekte- en invaliditeitsuitkering). Ruim een derde leeft in een eigen gezin en 3 op 10 benzodiazepinegebruikers wonen alleen. 68,1% van de gebruikers slikt dagelijks benzodiazepines.

In de provincie *Vlaams-Brabant* is 10% van de geregistreerde cliënten (N=253) omwille van medicatiegebruik in behandeling (Vandenbussche en Jacobs, 2002, p. 49-51). Het gaat dan zowel om het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen als om andere medicatie. Deze cliënten zijn vooral terug te vinden in de PAAZ (71,5%). Bijna drie vierde van de medicatiegebruikers is vrouw. De medicatiegebruiker in de Vlaams-Brabantse hulpverlening is gemiddeld 45 jaar. De helft leeft van een vervangingsinkomen en de helft leeft in een eigen gezin.

2.4 De behandeling van gebruikers van illegale drugs

In de Europese Unie wordt het aantal problematische druggebruikers op 1,5 miljoen geschat (EWDD, 2000, p. 8-17). Dit betekent 2 tot 7 personen per 1.000 inwoners in de leeftijdscategorie 15 tot 64 jaar. Het gaat meestal om heroïnegebruikers. Onder problematisch druggebruik verstaat het EWDD injecterend of langdurig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamines.
De prevalentie van problematisch druggebruik is het hoogst in Italië, Luxemburg, Portugal en het Verenigd Koninkrijk (5 tot 8 personen per 1.000 inwoners in de leeftijdscategorie 15 tot 64 jaar) (EWDD, 2001, p. 11). Het laagst is de prevalentie van problematisch druggebruik in België[67], Duitsland en Nederland (2 tot 3 personen per 1.000 inwoners in de leeftijdscategorie 15 tot 64 jaar). Denemarken, Finland, Frankrijk, Ierland, Noorwegen, Oostenrijk en Spanje bevinden zich met 3 tot 5 problematische druggebruikers per 1.000 inwoners tussen 15 en 64 jaar, hier ergens tussenin.

50 à 70% van de druggebruikers wordt behandeld voor het gebruik van opiaten. 15% van de behandelingen heeft te maken met cannabis- of cocaïnegebruik (EWDD, 2001, p. 14).
Veel lidstaten van de Europese Unie zien de laatste jaren een toename in het aantal cannabis- en cocaïnegebruikers in de hulpverlening. Het aantal opiaatgebruikers neemt dan weer af.

In het kader van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD) maakte België recentelijk een schatting van het aantal injecterende druggebruikers (Leurquin e.a., 2000, p. 13)[68]. Voor deze raming worden gegevens uit 1999 over HIV-besmetting en aidsgevallen gecombineerd met gegevens uit de hulpverlening van de Franse Gemeenschap. Het aantal injecterende druggebruikers tussen 15 en 54 jaar wordt in België geschat op 20.200. Dit betekent dat 3,6‰ van de bevolking tussen 15 en 54 jaar drugs zou injecteren.

4 op 10 oproepen van de *DrugLijn* handelen over cannabis (38% in 2000 en 42% in 2001) (VAD, 2001; VAD, 2002). Het aantal vragen over amfetamines is tegenover 1999 gedaald van 23% naar 15% in 2000 en 12% in 2001. Vragen over XTC benaderen in 2001 weer het peil van 1999 (10%).

---

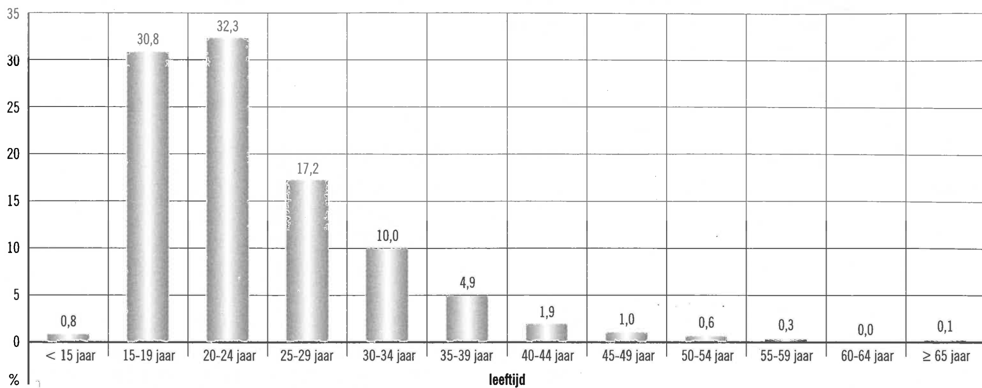
[67] Voor België is in de raming enkel rekening gehouden met injecterende druggebruikers waardoor het aantal problematische druggebruikers onderschat wordt.

[68] Zie oorspronkelijk rapport: Walckiers, D., Sartor, F., Sasse, A., Bils, L., (1999). Country Report: Belgium. In: *Study to obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, Final Report of Project CT.97.EP.04), Lisbon.

2.4.1 Vlaanderen: gegevens van de Vlaamse Registratie Middelengebruik

Via de *VRM* krijgen we een beeld van de personen die een beroep doen op de hulpverlening voor problemen met illegale drugs. In 1999 werden 2.250 personen geregistreerd die *heroïne* gebruiken (Vandenbussche, 2001, p. 33-40). Dit is 14,6% van de totale populatie cliënten in de hulpverleningsinstellingen waarvan de registratiegegevens worden opgenomen. Bij 80,1% is heroïne het voornaamste product waarvoor ze in behandeling zijn. In de MSOC's is het grootste aantal heroïnegebruikers in behandeling. De meeste heroïnegebruikers zijn mannen (78,5%). De gemiddelde leeftijd van de heroïnegebruiker die in behandeling is, is bijna 28 jaar. 27,2% is tussen 25 en 29 jaar. 56% van de heroïnegebruikers leeft van een vervangingsinkomen. Een kwart van de heroïnegebruikers in behandeling leeft alleen, een vijfde woont bij de ouders of familie. De meeste heroïnegebruikers gebruiken dagelijks heroïne (42,2%). Ze gaan hun product vooral roken (44,5%) en spuiten (7,6% niet intraveneus en 36,2% wel intraveneus).
2.257 personen in de VRM zijn *cocaïnegebruikers* (dit is 14,6% van de totale geregistreerde populatie) (Vandenbussche, 2001, p. 41-47). Ruim een derde van de cocaïnegebruikers gebruikt in eerste instantie cocaïne. De cocaïnegebruikers zijn het sterkst vertegenwoordigd in de CIC, de MSOC's en de dagcentra. Vier vijfde van de cocaïnegebruikers is man (78,8%). De gemiddelde leeftijd van de cocaïnegebruiker in de hulpverlening is 27 jaar (de meesten zijn tussen 25 en 29 jaar oud) en hij startte gemiddeld op 20 jaar met het gebruik van dit product. De helft (50,1%) van de cocaïnegebruikers leeft van een vervangingsinkomen, een vijfde (23,2%) heeft een eigen inkomen uit een beroepsactiviteit. Iets meer dan een vierde van de cocaïnegebruikers leeft alleen of bij zijn ouders of familie. 28,8% gebruikte de laatste maand geen cocaïne. 21,6% gebruikt eenmaal per week of minder en 19% dagelijks. Cocaïne wordt doorgaans gesnoven (36,4%), maar het wordt ook geïnjecteerd (23,4%) of gerookt (24,4%).
2.588 personen deden in 1999 een beroep op de hulpverlening voor problemen met *amfetaminegebruik* (Vandenbussche, 2001, p. 48-54). Dit is 16,8% van de totale populatie cliënten in de hulpverleningsvormen die deelnemen aan de VRM. Bij de helft van de amfetaminegebruikers zijn amfetamines ook het eerste gebruikte product. In de CGG registreert men de meeste amfetaminegebruikers. Het aandeel is het kleinst in de TG, het straathoekwerk en de PZ. Driekwart van de amfetaminegebruikers is man (74,8%). De amfetaminegebruikers vormen de jongste groep hulpzoekenden. De gemiddelde leeftijd van de amfetaminegebruiker is 24 jaar en hij startte het gebruik gemiddeld op 17,5 jaar. 81,1% is jonger dan 30 jaar bij de aanvang van de behandeling. 30,8% is tussen 15 en 19 jaar en 32,3% is tussen 20 en 24 jaar oud (grafiek 7). 38,1% van deze cliënten leeft van een vervangingsinkomen, 25,9% heeft een inkomen uit een eigen beroepsactiviteit en 18,3% leeft van het inkomen van een (ex-)partner of familie. Gezien de leeftijd van deze groep is het niet verwonderlijk dat twee vijfde bij de ouders of familie woont, een vijfde woont alleen. Een vijfde van de gebruikers neemt dagelijks amfetamines. Amfetamines worden vooral gesnoven (55%) maar sommigen slikken ze ook (18,2%) of injecteren ze (15,1%).

Grafiek 7
Leeftijd van de amfetaminegebruiker geregistreerd in de VRM (1999)



Bron: Vandenbussche, 2001, p. 50

Van de illegale middelen is *cannabis* het product dat door de meeste personen in de hulpverlening wordt gebruikt (Vandenbussche, 2001, p. 62-68). 2.426 personen, opgenomen in de VRM, gebruiken cannabis als voornaamste product (15,7% van de totale populatie cliënten in de bestudeerde hulpverleningsvormen). In de CGG worden de meeste cannabisgebruikers geregistreerd (59,5%). De geregistreerde cannabisgebruikers zijn in hoofdzaak mannen (84,2%). De cannabisgebruiker is gemiddeld 22 jaar en begon gemiddeld op zijn zestiende cannabis te gebruiken. Net zoals bij amfetamines gaat het hier om een vrij jonge gebruikersgroep. 74,8% is tussen 15 en 24 jaar oud. Meer dan een derde van de cannabisgebruikers heeft een inkomen van andere familieleden en een vierde heeft een inkomen uit eigen beroepsactiviteiten. Het grootste deel woont bij de ouders of andere familie (53,3%). Cannabis wordt dagelijks gebruikt door 28,9% van de cliënten (tabel 53) en meestal gerookt.

Tabel 53
Frequentie van cannabisgebruik geregistreerd in de VRM (1999)

	geen gebruik laatste maand		eenmaal per week of minder		2-6 dagen per week		dagelijks		onbekend		totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PZ	13	11,6	13	11,6	22	19,6	56	50,0	8	7,1	112	100,0
PAAZ	22	9,1	31	12,9	64	26,6	108	44,8	16	6,6	241	100,0
TG	4	33,3	2	16,7	1	8,3	5	41,7	0	0,0	12	100,0
CIC	15	29,4	6	11,8	3	5,9	25	49,0	2	3,9	51	100,0
DC	108	35,0	51	16,5	11	3,6	14	4,5	125	40,5	309	100,0
MSOC	2	2,1	8	8,3	25	26,0	54	56,3	7	7,3	96	100,0
CGG	0	0,0	448	32,9	443	32,5	311	22,8	161	11,8	1.363	100,0
SHW	1	0,6	19	11,7	26	16,0	106	64,4	10	6,2	162	100,0
totaal	**165**	**7,0**	**578**	**24,6**	**595**	**25,4**	**679**	**28,9**	**329**	**14,0**	**2.346**	**100,0**

Bron: Vandenbussche, 2001, p. 68

2.4.2 België: RIZIV-gegevens

In de periode 1980-1999 hebben 15.250 verschillende patiënten een revalidatieprogramma gevolgd (RIZIV, 2001, p. 60-70). In 1999 werden 4.859 patiënten opgenomen in een RIZIV-revalidatiecentrum (tegenover 1.626 patiënten in 1996)[69]. Tegenover 1996 is het aantal patiënten verdrievoudigd, wat vooral te maken heeft met de oprichting van de MSOC's die een groot aantal patiënten ambulant kunnen begeleiden.
In 1996 waren er 503 patiënten opgenomen in ambulante centra, in 1999 waren er dat 3.725.
In 1999 ligt het aantal ambulant behandelde patiënten hoger dan het aantal patiënten dat residentieel wordt behandeld. Bijna 10% van de patiënten heeft op één jaar tijd zowel een ambulant als een residentieel programma aangevat (en dit geldt zowel voor 1998 als 1999).
In 1999 bestaat 46,4% van het aandeel patiënten uit nieuwe patiënten. In de ambulante centra is het percentage nieuwe patiënten lager (45,1%) dan in de residentiële centra (57,9%). De vrij lange duur van methadon onderhoudsbehandelingen in de ambulante centra is hiervoor een verklaring.
Tussen 31 december 1995 en 30 juni 2000 is het aantal revalidatieplaatsen in residentiële crisisopvang gestegen van 47 naar 77 (+64%) (RIZIV, 2001, p. 42-43). Het aantal revalidatieplaatsen in TG's is van 187 naar 276 gestegen (+48%). De ambulante centra die hoofdzakelijk groepsactiviteiten aanbieden, zijn met 56% gegroeid (van 18 naar 28 plaatsen per dag). De capaciteit van de ambulante centra die voornamelijk gericht zijn op individuele begeleiding is gestegen van 92 naar 194 plaatsen per dag (+109%). De MSOC's hadden eind 1995 nog geen revalidatieovereenkomsten en staan midden 2000 in voor de begeleiding van 1.154 patiënten per week.

[69] 28 gespecialiseerde behandelingscentra voor verslaafden die niet over een ziekenhuiserkenning beschikken, hebben een financieringsovereenkomst met het RIZIV. Dit zijn de RIZIV-revalidatiecentra.

Sommige patiënten hebben in meerdere RIZIV-centra een revalidatieprogramma gevolgd of zijn meerdere jaren in eenzelfde voorziening opgenomen geweest (RIZIV, 2001, p. 97-105). Patiënten die pas de laatste jaren werden opgenomen, hebben minder kans om in verschillende centra opgenomen geweest te zijn. Vandaar dat in tabellen 54 en 55 het onderscheid wordt gemaakt tussen de totale populatie en de populatie die tussen 1980 en 1997 voor het eerst werd behandeld. 69,8% van de patiënten die in de periode 1980 tot 1997 gerevalideerd zijn, is slechts in één RIZIV-centrum in behandeling geweest (tabel 54). 18,9% werd in twee verschillende centra gerevalideerd. 11,3% van de patiënten is in drie of meer RIZIV-centra in behandeling geweest. Dit gaat in tegen het beeld dat verslaafden 'shoppen' in de verslaafdenzorg. Het aantal patiënten dat slechts in één centrum opgenomen is geweest, is hoger bij de ambulante centra dan bij de residentiële centra. Hypothetische verklaringen die worden aangegeven, zijn dat patiënten in de ambulante centra een lichtere verslavingsproblematiek hebben; dat deze patiënten niet gemotiveerd zijn voor een residentiële behandeling, ook al kampen ze met een ernstige verslavingsproblematiek; dat er een 'comfortabele' substitutiebehandeling wordt aangeboden waardoor patiënten niet geneigd zijn naar een andere behandeling over te stappen.

Tabel 54
Aantal revalidatiecentra voor verslaafden waarin de gerevalideerde patiënten werden opgenomen

aantal revalidatiecentra waarin de patiënten werden opgenomen in de periode 1980-1999	volledige populatie		enkel patiënten die in de periode 1980-1997 voor het eerst gerevalideerd zijn	
	aantal patiënten	%	aantal patiënten	%
1	11.418	74,9	7.320	69,8
2	2.541	16,7	1.981	18,9
3	819	5,4	724	6,9
4	307	2,0	293	2,8
5	113	0,7	111	1,1
6	35	0,2	35	0,3
7	11	0,1	11	0,1
8	6	0,0	6	0,1
totaal	**15.250**	**100,0**	**10.481**	**100,0**

Bron: RIZIV, 2001, p. 98

54,2% van de patiënten is slechts één jaar gerevalideerd geweest (RIZIV, 2001, p. 110-123). 20,8% werd in twee jaar gerevalideerd (tabel 55). 75% van de patiënten is dus in maximum twee jaar gerevalideerd. 25% had daar drie of meer jaren voor nodig. Het beeld dat steeds dezelfde patiënten opnieuw worden opgenomen wordt hiermee dus enigszins genuanceerd. 7% van de patiëntenpopulatie had vijf jaar of meer nodig voor revalidatie.

Tabel 55
***Aantal verschillende jaren waarin eenzelfde patiënt werd gerevalideerd*[70]**

aantal verschillende jaren waarin eenzelfde patiënt werd gerevalideerd in de periode 1980-1999	volledige populatie		enkel patiënten die in de periode 1980-1997 voor het eerst gerevalideerd zijn	
	aantal patiënten	%	aantal patiënten	%
1	9.564	62,7	5.680	54,2
2	3.069	20,1	2.184	20,8
3	1.300	8,5	1.300	12,4
4	609	4,0	609	5,8
5	297	1,9	297	2,8
6	172	1,1	172	1,6
7	104	0,7	104	1,0
8	51	0,3	51	0,5
9	28	0,2	28	0,3
10	20	0,1	20	0,2
11	12	0,1	12	0,1
12	8	0,1	8	0,1
13	9	0,1	9	0,1
14	5	0,0	5	0,0
15	2	0,0	2	0,0
totaal	**15.250**	**100,0**	**10.481**	**100,0**

Bron: RIZIV, 2001, p. 111

Verhoudingsgewijs hebben ambulante patiënten meer jaren nodig voor revalidatie dan residentiële patiënten (RIZIV, 2001, p. 110-123). 65,1% van de residentiële patiënten werd in één jaar gerevalideerd, voor de ambulante patiënten gaat dit om een aandeel van 47,6%. 2,6% van de residentiële patiënten werd in 5 of meer jaar gerevalideerd, voor de ambulante patiënten gaat het om 6,6% (tabel 56). In de residentiële centra bedraagt de maximale revalidatieduur 10 jaar terwijl in de ambulante centra ook nog een revalidatieduur van 14 jaar voorkomt.
De patiënten die verschillende jaren in een residentieel centrum werden opgenomen, hebben wellicht verschillende kortere revalidatieprogramma's in verschillende jaren gecumuleerd. In de ambulante centra zijn jarenlange revalidatieprogramma's wel meer waarschijnlijk. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met de aard van de ambulante revalidatie, zeker als individuele begeleiding wordt aangeboden. Sommige patiënten zullen dagelijks een beroep doen op het centrum, anderen bijvoorbeeld maar één keer per maand.

[70] Het is mogelijk dat de werkelijke revalidatieperiode korter is dan de goedgekeurde revalidatieperiode. Van de patiënten die in 5 jaren gerevalideerd zijn, is het mogelijk dat zij in 5 verschillende jaren een kortdurend programma gevolgd hebben. Anderen zullen dan weer 5 jaar lang zonder onderbreking in behandeling zijn geweest.

Tabel 56
Aantal verschillende jaren waarin eenzelfde patiënt gerevalideerd werd in residentiële en ambulante centra[71]

aantal verschillende jaren waarin eenzelfde patiënt werd gerevalideerd in de periode 1980-1999	residentiële revalidatie		ambulante revalidatie	
	aantal patiënten	%	aantal patiënten	%
1	5.426	65,1	1.979	47,6
2	1.764	21,2	957	23,0
3	655	7,9	767	18,5
4	276	3,3	178	4,3
5	113	1,4	92	2,2
6	55	0,7	73	1,8
7	37	0,4	42	1,0
8	9	0,1	16	0,4
9	3	0,0	11	0,3
10	1	0,0	14	0,3
11	0	0	11	0,3
12	0	0	2	0,0
13	0	0	9	0,2
14	0	0	5	0,1
totaal	**8.393**	**100,0**	**4.156**	**100,0**

Bron: RIZIV, 2001, p. 119

De groep gerevalideerde patiënten is relatief jong en bestaat voor driekwart uit mannen (RIZIV, 2001, p. 147-169) (tabel 57). De gemiddelde leeftijd voor de hele groep is 27,9 jaar. De helft van de patiënten is twintiger bij een eerste opname in een revalidatiecentrum. Zowel in de ambulante als de residentiële centra zijn de meeste patiënten twintigers. De gemiddelde leeftijd van de patiënten in de ambulante centra (27,5 jaar) is iets lager dan de gemiddelde leeftijd van de patiënten in de residentiële centra (28,3 jaar). Vooral in 1998 en 1999 valt de jonge leeftijd van de patiëntenpopulatie op.
In de ambulante centra worden iets meer vrouwen bereikt (24,1%) dan in de residentiële centra (21,1%).

---

[71] Voor de patiënten die zowel ambulant als residentieel werden gerevalideerd, wordt in deze tabel afzonderlijk nagegaan hoeveel jaar ze in een residentieel centrum zijn opgenomen en hoeveel jaar ze ambulant begeleid zijn geweest. Deze patiënten worden dus zowel geteld bij de residentiële als bij de ambulante patiënten. Vandaar dat het totaal aantal patiënten (N=12.549) groter is dan het totaal aantal patiënten (N=10.481) in de vorige tabel.

Tabel 57
Leeftijd[72] en sekse van patiënten die residentieel en ambulant zijn behandeld

	residentieel						ambulant					
	M		V		T		M		V		T	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10-14 jaar	2	0,0	5	0,2	7	0,1	4	0,1	10	0,5	14	0,2
15-19 jaar	861	10,9	383	18,1	1.244	12,4	730	12,5	311	16,7	1.041	13,5
20-24 jaar	2.345	29,6	632	29,9	2.977	29,7	1.469	25,1	474	25,5	1.943	25,2
25-29 jaar	1.955	24,7	418	19,8	2.373	23,7	1.610	27,5	422	22,7	2.032	26,4
30-34 jaar	1.060	13,4	258	12,2	1.318	13,2	1.069	18,3	329	17,7	1.398	18,1
35-39 jaar	682	8,6	163	7,7	845	8,4	575	9,8	176	9,5	751	9,7
40-44 jaar	451	5,7	109	5,2	560	5,6	243	4,2	71	3,8	314	4,1
45-49 jaar	288	3,6	86	4,1	374	3,7	95	1,6	38	2,0	133	1,7
50-54 jaar	151	1,9	32	1,5	183	1,8	34	0,6	20	1,1	54	0,7
55-59 jaar	86	1,1	11	0,5	97	1,0	16	0,3	6	0,3	22	0,3
60-64 jaar	24	0,3	10	0,5	34	0,3	2	0,0	2	0,1	4	0,1
65-69 jaar	5	0,1	7	0,3	12	0,1	2	0,0	0	-	2	0,0
70-74 jaar	1	0,0	0	-	1	0,0	0	-	0	-	0	-
onbekend	1	0,0	0	-	1	0,0	3	0,1	1	0,1	4	0,1
totaal	**7.912**	**100,0**	**2.114**	**100,0**	**10.026**	**100,0**	**5.852**	**100,0**	**1.860**	**100,0**	**7.712**	**100,0**
%mannen/ vrouwen	**78,9**		**21,1**		**100,0**		**75,9**		**24,1**		**100,0**	
mediaan-leeftijd	**26**		**25**		**26**		**27**		**26**		**26**	
gemiddelde leeftijd	**28,5**		**27,5**		**28,3**		**27,6**		**27,2**		**27,5**	

Bron: RIZIV, 2001, p. 149

Brussel, Antwerpen, Luik, Charlerloi en Gent zijn de arrondissementen met het grootste aantal gerevalideerde verslaafden (RIZIV, 2001, p. 169-188). 56% van de gerevalideerde verslaafden woonde in één van deze arrondissementen. Oostende is het arrondissement met het hoogste aantal gerevalideerde verslaafden per 10.000 inwoners (N=31). Oudenaarde, Tielt en Moeskroen hebben het kleinste aantal gerevalideerde verslaafden per 10.000 inwoners, namelijk 3.
De provincies Vlaams-Brabant, Luxemburg, Waals-Brabant en Limburg liggen onder het nationaal gemiddelde van 15 gerevalideerde inwoners per 10.000 inwoners (tabel 58). Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest stijgt met 27 gerevalideerde inwoners per 10.000 inwoners echter ver boven dat landelijk gemiddelde uit.

[72] Leeftijd is de leeftijd bij het begin van het eerste revalidatieprogramma dat de patiënt heeft gevolgd.

Tabel 58
Woonplaats van de gerevalideerde verslaafden en aantal gerevalideerde verslaafden per 10.000 inwoners

provincie	gerevalideerde verslaafden		aantal inwoners op 1.1.1999	aantal gerevalideerde verslaafden per 10.000 inwoners
	N	%		
Antwerpen	2.674	17,5	1.640.966	16
Vlaams-Brabant	659	4,3	1.011.588	7
Limburg	1.126	7,4	1.194.101	9
Oost-Vlaanderen	1.762	11,6	1.359.702	13
West-Vlaanderen	1.355	8,9	1.124.091	12
Hoofdstedelijk Gewest Brussel	2.552	16,7	954.460	27
Waals-Brabant	286	1,9	347.422	8
Henegouwen	2.149	14,1	1.280.427	17
Luik	1.928	12,6	1.118.259	17
Luxemburg	180	1,2	245.140	7
Namen	465	3,1	431.205	11
buitenland	104	0,7	-	-
onbekend	10	0,1	-	-
totaal	**15.250**	**100,0**	**10.213.752**	**15**

Bron: RIZIV, 2001, p. 172

Het aantal gerevalideerden in een bepaalde streek kan samenhangen met de voorzieningen, het vervolgingsbeleid, met mogelijkheden om zich door andere zorgverstrekkers te laten behandelen,... Het is dan ook moeilijk om op basis van deze gegevens uitspraken te doen over de drugproblematiek in een bepaalde streek.
De residentiële centra recruteren 35,3% van hun patiënten in het eigen arrondissement en 52,6% in de eigen provincie. De ambulante centra recruteren 81,3% van hun patiënten in het eigen arrondissement en 88,7% in de eigen provincie. Dit is niet vreemd aangezien een grote afstand tussen de woonplaats en het ambulant centrum een belemmering kan zijn voor ambulante revalidatie.
Van de hele patiëntenpopulatie is 65,7% residentieel en 50,6% ambulant gerevalideerd geweest. Oostende wijkt daar het meest van af met 38,7% residentieel en 81,8% ambulant gerevalideerde patiënten. Antwerpen, Mechelen en Tongeren hebben eveneens een laag aandeel residentieel gerevalideerde patiënten en een hoog aandeel ambulant gerevalideerde patiënten. In deze vier arrondissementen zijn ambulante centra gevestigd en in Mechelen, Tongeren en Oostende zijn geen residentiële centra gevestigd. Omgekeerd zijn er in de arrondissementen Verviers, Thuin, Nijvel, Namen, Turnhout, Leuven en Kortrijk een hoog aandeel residentieel gerevalideerde patiënten en een laag aandeel ambulant gerevalideerde patiënten.

2.4.3 Oost-Vlaanderen: instroom in de drughulpverlening en case management

In *Oost-Vlaanderen* werd de instroom in de drughulpverlening tijdens twee periodes geregistreerd (Vanderplasschen e.a., 2001).
In de eerste periode tussen *1 februari en 30 september 1999* werden 2.116 aanmeldingen geregistreerd[73]. Op 80% van de aanmeldingen volgt een afspraak. Uiteindelijk leidt 61,8% van de aanmeldingen tot een opname of begeleiding, 2,6% wordt na een eerste afspraak doorverwezen en 1,9% van deze intakegesprekken blijft zonder gevolg. 31,5% van de *cliënten die op afspraak komen,* is tussen 20 en 24 jaar oud. 21% is jonger dan 20 jaar. 11% van deze cliënten is 35 jaar of ouder. 78,5% is man en 21,5% is vrouw. 31% is reeds eerder op een afspraak geweest. 60,5% van de cliënten woont in de provincie Oost-Vlaanderen, 9,5% in Antwerpen en 11% in West-Vlaanderen. De problematiek van de cliënten betreft vooral gebruik en afhankelijkheid van opiaten, cocaïne, cannabis en amfetamines. 35,5% heeft ooit drugs gespoten, 34,5% deed dat nog nooit en van 29,5% van de cliënten heeft men geen informatie over het spuitgedrag.

In een tweede registratieperiode van *oktober 1999 tot mei 2000* werden 1.647 afspraken geregistreerd. Het gaat om 1.202 cliënten. 968 cliënten werden slechts eenmaal geregistreerd in deze periode. 48 (4%) van de 1.202 cliënten worden 'draaideurcliënten' genoemd, wat wil zeggen dat ze tijdens de registratieperiode in ten minste drie voorzieningen op intakegesprek zijn geweest. In vergelijking met de andere cliënten zijn draaideurcliënten vaker reeds in behandeling geweest in de voorziening waar ze voor een intakegesprek komen, ze hebben al vaker drugs geïnjecteerd en ze zijn vaker afhankelijk van opiaten.
28,5% van de cliënten is tussen 20 en 24 jaar oud, 21,5% is tussen 25 en 29 jaar oud. Een kwart van de cliënten (24,5%) is jonger dan 20 jaar en 12,5% is 35 jaar of ouder. 79% van de cliënten is man. 63,5% verblijft in de provincie Oost-Vlaanderen, 19% in de provincie West-Vlaanderen en 10% in de provincie Antwerpen. De meesten zijn afhankelijk van opiaten (tabel 59). 41% injecteerde ooit drugs, 46,5% deed dit nooit en van 12,5% weet men het niet.
In 27,5% van de gevallen vindt de afspraak plaats op initiatief van de cliënt, in 13,3% van de gevallen op aanraden van de omgeving. 85% van alle intakes leidt tot het opstarten van een behandeling. Bij 8% van alle afspraken wordt direct doorverwezen (vooral naar psychiatrische ziekenhuizen en residentiële gespecialiseerde centra) en in 6,5% van de gevallen wordt geen gevolg gegeven aan het intakegesprek.

---

[73] Daarbij zijn van twee voorzieningen geen gegevens opgenomen omdat ze pas registreerden vanaf de afspraak.

Tabel 59

Productgebruik van de cliënten die op afspraak zijn geweest in de periode oktober 1999 tot mei 2000 (N= 1.202)

	opiaten	methadon	sedativa hypnotica	cocaïne	cannabis	amfetamines	XTC	hallucinogenen	alcohol
afhankelijkheid	47,9%	6,0%	13,1%	23,5%	24,7%	22,7%	7,0%	1,7%	9,9%
gebruik	4,8%	3,0%	11,5%	17,4%	29,6%	16,9%	12,4%	8,8%	8,7%

Bron: Vanderplasschen e.a., 2001, p. 50

Tussen de geregistreerde variabelen blijken samenhangen te bestaan[14]. Er is bijvoorbeeld een verband tussen geslacht en leeftijd van de cliënten. Vrouwen zijn oververtegenwoordigd in de jongste leeftijdscategorieën en in de groep ouder dan 40 jaar. Vrouwen zijn ook vaker afhankelijk van sedativa en hypnotica.
Voor alle producten, uitgenomen de hallucinogenen, wordt een significant leeftijdsverschil vastgesteld. Afhankelijkheid van opiaten wordt vooral vastgesteld bij de 25- tot 39-jarigen (tabel 60). Afhankelijkheid van methadon, psychotrope medicatie en alcohol komt vooral voor bij de cliënten van 35 jaar en ouder. Afhankelijkheid van cocaïne komt het meest voor in de leeftijdscategorie 25 tot 35 jaar. Bij de jongeren (jonger dan 20 jaar) wordt vooral gebruik en afhankelijkheid van cannabis en XTC geregistreerd. Amfetamineafhankelijkheid komt vooral voor bij de 18- tot 25-jarigen.

Tabel 60

Middelenafhankelijkheid volgens leeftijd van de cliënten in percentages (N= 1.202)

	<15 jaar (N=14)	15-17 jaar (N=158)	18-19 jaar (N=119)	20-24 jaar (N=336)	25-29 jaar (N=253)	30-34 jaar (N=158)	35-39 jaar (N=103)	>40 jaar (N=44)
opiaten	0,0	12,9	39,8	47,9	55,5	62,9	63,0	45,0
methadon	0,0	0,0	2,6	4,3	9,7	6,5	14,0	12,2
medicatie	7,7	11,1	10,3	14,9	13,3	9,1	17,0	24,4
cocaïne	7,7	11,8	19,8	23,8	30,1	28,9	17,0	26,8
cannabis	46,2	29,2	35,3	27,2	23,0	17,1	20,0	4,9
amfetamines	15,4	22,2	30,2	26,0	20,2	19,7	19,0	2,4
XTC	7,7	9,8	12,9	7,4	6,0	3,2	6,0	0,0
hallucinogenen	0,0	3,3	3,4	0,9	1,2	0,6	2,0	4,9
alcohol	7,7	1,3	6,0	6,5	12,5	13,2	20,0	29,3

Bron: Vanderplasschen e.a., 2001, p. 68

---

[74] Deze vergelijkingen zijn gebaseerd op de gegevens van de tweede registratieperiode d.w.z. de periode oktober 1999 tot mei 2000 (N= 1.202).

De oudere cliënten worden meer teruggevonden in de residentiële centra voor langdurige behandeling.
De cliënten die reeds eerder in de betrokken dienst in behandeling waren, zijn ouder en gebruiken vaker opiaten, methadon, psychotrope medicatie of alcohol. Ze hebben ook meer dan de anderen ooit drugs geïnjecteerd. Ze komen meer op eigen initiatief naar de hulpverlening en hun hulpvraag leidt ook meer tot een effectieve start van de behandeling. Bij de nieuwe cliënten wordt meer afhankelijkheid van cannabis en XTC geregistreerd.
Opiaatafhankelijkheid hangt duidelijk meer samen met afhankelijkheid van methadon, psychotrope medicatie en cocaïne. Meer personen met opiaatafhankelijkheid hebben ooit drugs gespoten. Afhankelijkheid van opiaten en van cocaïne wordt vaker vastgesteld in de oudere leeftijdscategorieën. Cocaïneafhankelijkheid hangt duidelijk samen met afhankelijkheid van opiaten en amfetamines. De meeste personen die als afhankelijk van cannabis[75] geregistreerd worden, hebben nog nooit gespoten, zijn jong (jonger dan 20 jaar), zijn vooral jongens en voor de meesten gaat het om een eerste intakegesprek. Cannabisafhankelijkheid komt meestal samen voor met XTC-afhankelijkheid. Amfetamineafhankelijkheid komt het meest voor bij 18- tot 24-jarigen en vooral in combinatie met cocaïne, cannabis en XTC.
De cliënten die ooit drugs hebben gespoten zijn vaker op intakegesprek geweest, zijn ouder dan 25 jaar, zijn vaker afhankelijk van opiaten of cocaïne en wonen vaker in de provincies Antwerpen of West-Vlaanderen.
Met cliënten jonger dan 20 jaar wordt minder vaak een afspraak gemaakt voor een intakegesprek dan met cliënten van boven de 35 jaar. Het is mogelijk dat bij deze personen de hulpvraag reeds voldoende werd beantwoord, of omgekeerd, dat ze onvoldoende antwoord kregen op hun hulpvraag waardoor ze afhaken.
Aanmeldingen van reeds gekende cliënten leiden vaker tot een afspraak. Vrouwen komen significant meer opdagen op de afspraak dan mannen.

In de periode 1999-2000 liep in de provincie Oost-Vlaanderen ook een proefproject voor de implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening (Vanderplasschen e.a., 2002).
Bij alle cliënten die in de 14 deelnemende voorzieningen in de regio Gent-Lokeren in behandeling waren of een vraag naar behandeling stelden tijdens een bepaalde periode[76], werd bekeken of ze in aanmerking kwamen voor begeleiding volgens de case management methodiek. De doelgroep voor case management bestaat uit cliënten met een meervoudige en complexe problematiek die reeds verschillende keren in behandeling zijn geweest. Zij wordt gescreend op een aantal inclusiecriteria. Afhankelijkheid van illegale drugs, problemen op verschillende ASI[77]-leefgebieden, aantal behandelingen omwille van drugproblemen en of men reeds in behandeling geweest is in de voorziening, worden daarvoor getoetst. Van alle cliënten die tijdens deze inclusieperiode geregistreerd worden (N=396), voldoen er 109 (28,7%) aan de vooropgestelde inclusiecriteria.

---

75 Dit betreft wellicht een overschatting: er is niet altijd sprake van afhankelijkheid van cannabis maar eerder van problematisch gebruik.
76 Eerste week van oktober 1999.
77 'Addiction Severity Index', een gestandaardiseerde vragenlijst waarin verschillende leefgebieden die verband houden met problematisch middelengebruik worden bevraagd.

De doelgroep waarvoor meer continuïteit en coördinatie aangewezen lijkt, is dus relatief groot. Personen die aan de inclusiecriteria voldoen, zijn ouder dan de anderen. 46,8% is ouder dan 30 jaar. Op de variabelen sekse, nationaliteit, behandelingsduur, verwijzende instantie en verblijfplaats zijn er geen significante verschillen tussen de groepen. De cliënten die voldoen aan de inclusiecriteria zijn significant meer afhankelijk van cocaïne, methadon en sedativa/hypnotica. Ze hebben significant meer problemen op de leefgebieden 'arbeid, opleiding, inkomen', 'psychische en emotionele klachten' en 'drugs' van de ASI. Wat de DSM-IV criteria voor afhankelijkheid betreft, scoren ze vaker op 'langer gebruik dan bedoeld', 'blijven gebruiken ondanks psychische en fysieke problemen', 'wens of niet-geslaagde pogingen om te stoppen', 'veel tijd spenderen om het middel te bekomen' en 'verwaarlozen van sociale contacten'.
Van de 109 cliënten die aan de inclusiecriteria beantwoordden, werden er 29 geselecteerd voor het proefproject. Van 24 personen kunnen de kenmerken besproken worden. De case managementgroep bestaat uit 16 mannen en 8 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 29 jaar. De meeste cliënten woonden in Gent of de randgemeenten en op één na hebben ze allemaal de Belgische nationaliteit.
De helft van de cliënten heeft chronische lichamelijke klachten. Bijna drie vierde heeft geen of enkel een diploma lager onderwijs, weinig werkervaring en schulden. Het zijn allemaal polydruggebruikers, die reeds meer dan 5 jaar regelmatig heroïne, cocaïne en/of amfetamines gebruiken en sinds meer dan 10 jaar cannabis en psychotrope medicatie (tabel 61). De meeste cliënten hebben ooit drugs gespoten of een overdosis gehad en hebben reeds verschillende keren een beroep gedaan op verschillende hulpverleningsvormen. De helft is door justitie verwezen en de meesten zijn reeds in contact gekomen met politie en justitie. Twee derde heeft al een periode in de gevangenis doorgebracht. Alcohol- en drugproblemen komen voor in de familie van de cliënten. De helft is ontevreden over de eigen leefsituatie en de vrijetijdsbesteding. Alle cliënten hadden ooit psychische of emotionele klachten en twee derde werd ooit om dergelijke klachten residentieel behandeld.
Met de meeste cliënten ging het na een jaar beter en de meesten schrijven dit toe aan de behandeling die ze volgden. De meeste cliënten vonden van zichzelf dat ze vooruitgang boekten op het leefgebied 'arbeid, opleiding en inkomen', wat zich uitte in tewerkstelling en minder schulden. Meer dan de helft van de cliënten ziet zijn gezondheid verbeteren, vooral door stoppen of verminderen van middelengebruik. 10 personen wezen op duidelijke verbeteringen op het vlak van middelengebruik.

Tabel 61
Productgebruik case management-groep bij aanvang, tijdens en op het einde van het proefproject

product	aantal regelmatige gebruikers (n=24)	gebruik tijdens laatste 30 dagen voor 1e interview (n=24)	gebruik tussen beide interviews (n=22)	gebruik tijdens laatste 30 dagen voor 2de interview (n=22)
alcohol (elke hoeveelheid)	21	9	14	11
alcohol (> 5 glazen)	19	5	11	7
heroïne	23	6	6	3
methadon	14	5	6	4
andere opiaten	12	3	2	1
medicatie	23	9	12	6
cocaïne	22	4	5	2
amfetamines	21	3	5	0
cannabis	22	13	15	13
hallucinogenen	15	3	1	1
vluchtige stoffen	8	1	1	0
XTC	14	3	1	1
antidepressiva	14	6	8	5
meer dan 1 middel per dag	24	11	15	13

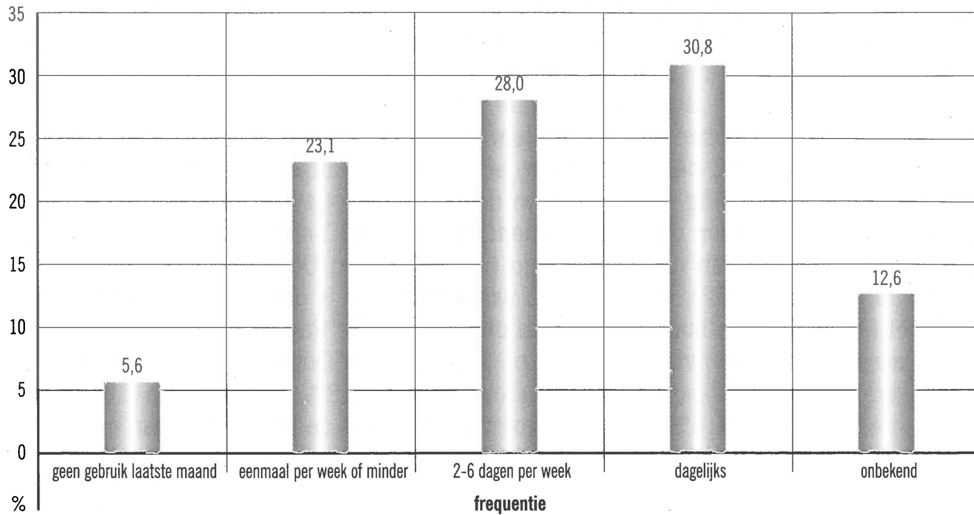
Bron: Vanderplasschen e.a., 2002, p. 74

De mening van de case managers wijkt daar enigszins van af. De meeste veranderingen hadden volgens hen betrekking op 'familie en sociale relaties' en 'druggebruik'. Ook zij schrijven de wijzigingen toe aan de gevolgde behandeling en niet zozeer aan het case management.
Dit sluit ook aan bij het bestaande evaluatie-onderzoek over case management waaruit blijkt dat case management bijdraagt tot de retentie in behandeling en op die manier een positief effect heeft op het functioneren van cliënten.

2.4.4 Vlaams-Brabant: gegevens van de Vlaamse Registratie Middelengebruik

Ook in de provincie *Vlaams-Brabant* werd het gebruik van illegale drugs (cannabis, opiaten, stimulantia, vluchtige snuifmiddelen en andere psychoactieve drugs) geregistreerd (Vandenbussche en Jacobs, 2002, p. 43-48). 160 cliënten (6,9%) die de hulpverlening consulteren omwille van middelengebruik vermelden cannabis als voornaamste product. Meer dan de helft van deze personen deed een beroep op het CGG. In de PZ en de PAAZ is het aantal cliënten dat omwille van cannabisgebruik wordt opgenomen veel kleiner. Het overgrote deel van de cliënten is man. De gemiddelde leeftijd is 21 jaar en de helft is tussen 18 en 25 jaar. Een vijfde (22%) heeft eigen beroepsinkomsten, maar de helft doet voor inkomsten een beroep op andere familieleden. Twee derde leeft bij de ouders of bij familie. 3 op 10 cannabisgebruikers in de hulpverlening gebruiken dagelijks (grafiek 8).

Grafiek 8
Frequentie van cannabisgebruik in Vlaams-Brabant (1999)



Bron: Vandenbussche en Jacobs, 2002, p. 45

441 cliënten (17%) gebruiken opiaten, stimulantia, vluchtige snuifmiddelen en andere psychoactieve drugs (Vandenbussche en Jacobs, 2002, p. 46-48). Meestal gaat het om cliënten uit het CGG of de TG-CIC-DC, maar een vierde komt toch terecht in de PZ. Drie vierde van deze illegaledruggebruikers is man. De gemiddelde leeftijd is 28 jaar. De grootste groep van deze cliënten doet een beroep op een vervangingsinkomen en woont nog bij de ouders.

2.4.5 Medisch-sociale opvangcentra

In 2001 werden de MSOC's geëvalueerd (Pelc e.a., 2001). Er zijn in België 8 MSOC's, namelijk in Oostende, Gent, Antwerpen, Genk/Limburg, Luik, Charlerloi, Bergen en Brussel. Het MSOC van Brussel werd niet in het onderzoek opgenomen omdat dit pas in september 1999 werd opgericht. In 2000 telden 5 MSOC's 2.820 cliënten (Pelc e.a., 2001, p. 31-34)[78]. Bijna 20% van de cliënten is jonger dan 20 jaar. Meer dan 7 cliënten op 10 zijn tussen 20 en 34 jaar oud. Een achtste is ouder dan 34 jaar. Driekwart van de MSOC-cliënten is man, een vierde is vrouw. Het aantal cliënten dat een methadonbehandeling volgt, wordt in de MSOC's niet systematisch geregistreerd. In Vlaanderen zou het om ongeveer de helft van de MSOC-cliënten gaan.
Bijna de helft (47%) van de cliënten van het MSOC van Oostende volgt een methadonprogramma (tabel 62), in het MSOC van Antwerpen is dat 39% van het cliënteel en in het MSOC van Limburg de helft van de cliënten (De Ruyver e.a. , 2001, p. 138-139; Casselman en Meuwissen, 2001, p. 113-114). In Oostende is het aandeel van apothekers in de verstrekking van methadon beperkt (5,8%). In Limburg (10,3%) en vooral in Antwerpen (34,6%) gaat een groter aandeel van de MSOC-cliënten methadon bij de apotheker afhalen. De meerderheid haalt zijn methadon echter in het MSOC.

Tabel 62
Substitutiebehandeling in de MSOC's (2000)[79]

	Oostende		Antwerpen		Limburg[80]	
	N	%	N	%	N	%
methadonprogramma						
wel methadonprogramma	208	47,0	278	39,0	288	52,6
geen methadonprogramma	235	53,0	434	61,0	260	47,4
totaal	**443**	**100,0**	**712**	**100,0**	**548**	**100,0**
plaats van verstrekking						
in apotheek	12	5,8	73	34,6	12	10,3
in MSOC	118	56,7	137	64,9	103	88,0
MSOC + apotheek	79	38,0	-	-	-	-
derde	-	-	1	0,5	-	-
huisarts	-	-	-	-	2	1,7
totaal	**208**	**100,0**	**211**	**100,0**	**117**	**100,0**

Bron: De Ruyver e.a., 2001, p. 138-139; Casselman en Meuwissen, 2001, p. 113-114.

[78] Zie ook de deelrapporten van Gent-Oostende (De Ruyver e.a., 2001) en Antwerpen-Genk/Limburg (Casselman en Meuwissen, 2001).
[79] Voor het MSOC Gent zijn geen gegevens voor het jaar 2000 opgenomen.
[80] De plaats van methadonverstrekking wordt in Limburg niet geregistreerd. Deze gegevens zijn gebaseerd op een evaluatie van het methadonprogramma in 1997.

Bijna de helft van de cliënten van de MSOC's heeft geen diploma of enkel een diploma lager onderwijs (Pelc e.a., 2001, p. 31-34). De meesten leven van een vervangingsinkomen. Slechts een vijfde van de cliënten heeft een inkomen uit een eigen beroep. Opiaten zijn voor 70% van de cliënten het voornaamste product. Voor 17,6% zijn stimulantia het belangrijkst product en voor 7,1% cannabis.

2.4.6 EuropASI-registratie

Met dit screeningsinstrument, de EuropASI, wordt bij de cliënten informatie verzameld over lichamelijke gezondheid; opleiding, arbeid en inkomen; alcoholgebruik; druggebruik; justitie; familiale en sociale relaties en psychisch-emotionele gezondheid. We bespreken hier de resultaten van de EuropASI's die in 2000 door De Sleutel werden afgenomen.
22% heeft het afgelopen jaar een ziekenhuisopname achter de rug voor lichamelijke klachten (De Sleutel, 2001). 31% heeft chronische lichamelijke klachten. 16% gebruikt regelmatig voorgeschreven medicatie voor lichamelijke klachten. De helft was de afgelopen zes maanden in behandeling bij een arts voor lichamelijke klachten. 13% heeft ooit hepatitis gehad. Bijna de helft was reeds getest op HIV-besmetting en 1% daarvan was positief.
Van alle meerderjarigen heeft 25% enkel een diploma lager onderwijs en bijna de helft heeft een diploma van deeltijds beroepssecundair onderwijs. 3% heeft hoger onderwijs afgerond. 52% verricht ongeschoolde arbeid en 30% geschoolde arbeid. 10% heeft nog nooit gewerkt. De laatste maand had 46,3% inkomsten uit werk, 15% kreeg een pensioen of een ziekte- en invaliditeitsuitkering, 12% had dan een werkloosheidsuitkering. De helft kreeg een inkomen via familie. Bijna de helft had schulden die kunnen oplopen tot 8.230 EUR.
Cannabis is voor 30,4% het voornaamste product, polydruggebruik komt op de tweede plaats (tabel 63).

Tabel 63
Voornaamste product EuropASI-afname in De Sleutel (2000)

	N	%
cannabis	182	30,4
polydruggebruik	122	20,4
heroïne	89	14,9
cocaïne	56	9,3
amfetamines	48	8,0
dubbele verslaving (alcohol + drug)	26	4,3
XTC	18	3,0
alcohol > 5 glazen per dag	11	1,8
medicijnen	6	1,0
alcohol elk gebruik	6	1,0
andere opiaten/analgetica	3	0,5
geen probleemmiddel	32	5,3
	599	**100,0**
onbekend	13	
totaal	**612**	

Bron: De Sleutel, 2001, p. 16

Twee derde gebruikte de afgelopen 30 dagen cannabis, 6 op 10 alcohol en een derde gebruikte verschillende middelen per dag (tabel 64).

Tabel 64
Gebruik laatste maand – EuropASI-afname in De Sleutel (2000)

	N	%
cannabis	402	66,1
alcohol elk gebruik	386	63,5
meerdere middelen per dag	236	38,8
alcohol > 5 glazen per dag	216	35,5
medicijnen	173	28,5
heroïne	109	17,9
cocaïne	103	16,9
XTC	97	16,0
amfetamines	70	11,5
methadon	63	10,4
andere middelen	52	8,6
hallucinogenen	24	3,9
andere opiaten/analgetica	22	3,6
vluchtige stoffen	10	1,6

Bron: De Sleutel, 2001, p. 16

31% heeft ooit in zijn leven gespoten, 15% deed dat ook de afgelopen zes maanden. 7% van de cliënten heeft ooit een delirium tremens gehad. 20% had ooit een overdosis. Tijdens de laatste maand werd gemiddeld 56 EUR besteed aan alcohol en 198 EUR aan illegale drugs. 93% was nog nooit in behandeling voor alcoholproblemen, 47% was nog nooit in behandeling voor illegaledrugproblemen.
56% komt volledig vrijwillig in behandeling, 4% komt vrijwillig in behandeling, maar is in probatie of voorwaardelijk vrij, 19,9% wordt verwezen door justitie en is in probatie of voorwaardelijk vrij, 20,2% wordt verwezen door justitie, maar heeft verder geen banden met justitie. Van de cliënten die ooit veroordeeld werden heeft 81% minstens één proces-verbaal gehad wegens bezit of handel in illegale drugs, 62% heeft minstens één proces-verbaal gehad voor een vermogensdelict, 46% voor een gewelddelict en 16% wegens een ander delict. 32% van de cliënten heeft minstens één maand in gevangenschap doorgebracht. De reden van de laatste gevangenschap was in de meeste gevallen (52,2%) bezit of handel van illegale drugs.
63% van de cliënten heeft een familielid met alcoholproblemen, 37% heeft een familielid met drugproblemen en 35% heeft een familielid met psychiatrische problemen.
Van de meerderjarige cliënten is 84% niet gehuwd, 8% gescheiden en 7% gehuwd. 33% woonde de afgelopen 3 jaar bij de ouders, 17% woonde alleen, 13% woonde samen met de partner. 39% brengt het grootste deel van zijn vrije tijd door met familie of vrienden zonder alcohol- of drugproblemen, 41% doet dit met familie of vrienden mét alcohol- of drugproblemen en 20% brengt het grootste deel van zijn vrije tijd alleen door.
59% heeft ooit te kampen gehad met een depressie, 57% met gespannenheid en eveneens 57% had ooit moeite om zijn agressie onder controle te houden (tabel 65). Gedurende de laatste 30 dagen kwamen vooral gespannenheid, concentratieproblemen en moeite hebben om zijn agressie onder controle te houden voor.

Tabel 65
Voorkomen van psychiatrische symptomen - EuropASI afname in De Sleutel (2000)

	ooit		laatste maand	
	N	%	N	%
depressiviteit	337	59	163	29
gespannenheid	318	57	210	38
moeite met begrijpen, concentratie	234	42	165	30
hallucinaties	74	13	19	3
moeite met agressie	323	57	174	32
voorschrift psycho-actieve medicatie	197	35	116	21
zelfmoordgedachten	246	44	79	14
zelfmoordpoging	141	25	13	2

Bron: De Sleutel, 2001, p. 22

Cliënten ervaren het meest last van hun druggebruik. Daarna volgen justitiële en psychisch-emotionele problemen. Het ervaren van last hangt nauw samen met de behoefte aan hulp op die gebieden. De hulpverlener legt doorgaans andere prioriteiten. Voor hem zijn druggebruik, familie en sociale relaties en psychisch-emotionele gezondheid prioritair.

2.5 De hulpvraag van gokverslaafden[81]

In België gebeurden geen prevalentieonderzoeken naar pathologisch gokken (Willemen, 2001). Er wordt vanuit gegaan dat er ongeveer 100.000 problematische gokkers zijn, waarvan er 20.000 pathologisch gokken.

Tussen 1996 en 2000 kregen de CAD Limburg vzw 316 hulpvragen naar aanleiding van gokproblemen, namelijk 46 in 1996, 57 in 1997, 52 in 1998, 68 in 1999 en 93 in 2000 (Willemen, 2001). Het gaat om 176 unieke personen en enkel om personen die als 'pathologisch gokker'[82] gediagnosticeerd worden. 96,8% is man, 3,2% vrouw. De meesten (43%) zijn tussen 25 en 34 jaar, leven in een eigen gezin (41,1%). 54,1% is ongehuwd. 40,8% is arbeider en 40,8% is niet beroepsactief. De helft (52,2%) heeft een inkomen uit een eigen beroep, 18,4% heeft een werkloosheidsuitkering en 13,6% heeft een ziekte- of invaliditeitsvergoeding. 58,2% heeft een diploma middelbaar onderwijs.
In 2000 zien de CAD Limburg een hoog aandeel jonge hulpzoekende gokkers. 3,4% is jonger dan 18 jaar en 20,5% is tussen 18 en 24 jaar.

De CGG's in Vlaanderen en de Nederlandstalige CGG's in Brussel zagen in 1999 471 mensen bij wie pathologisch gokken als diagnose werd gesteld (Willemen, 2001). Het gaat om 91,5% mannen en 8,5% vrouwen. Ook hier ziet men in 1999 meer jongeren dan de andere jaren. In 1999 waren er ook 10- tot 14-jarigen in begeleiding daar waar deze leeftijdsgroep de voorgaande jaren niet in behandeling kwam. De groep tussen 15 en 19 jaar is in 1999 tegenover 1998 verdubbeld. Over de verschillende jaren (1996-1999) vormt de leeftijdsgroep tussen 20 en 34 jaar de grootste groep (tabel 66).

---

[81] Voor de recentste registratiegegevens van Matt Talbot verwijzen we naar het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001).

[82] Daarmee wordt pathologisch gokken bedoeld zoals omschreven in de DSM-IV. Pathologisch gokken is slechts een ver gevorderde fase in een proces waar lang niet iedere gokker in belandt (Willemen, 2001).

Tabel 66
Leeftijd van pathologische gokkers in behandeling bij CGG's (1996-1999)

	N	%
10-14 jaar	10	0,6
15-19 jaar	156	9,1
20-24 jaar	346	20,2
25-29 jaar	361	21,0
30-34 jaar	297	17,3
35-39 jaar	216	12,6
40-44 jaar	144	8,4
45-49 jaar	67	3,9
50-54 jaar	42	2,4
55-59 jaar	29	1,7
60-64 jaar	23	1,3
65-69 jaar	7	0,4
>69 jaar	8	0,5
onbekend	9	0,5
totaal	**1.716**	**100,0**

Bron: Willemen, 2001, p. 45

In 1998 waren er 145 mannen (96%) en 6 vrouwen (4%) opgenomen in de PZ en de PAAZ omwille van pathologisch gokken (Willemen, 2001). De meesten waren tussen 30 en 39 jaar (36,4%) en tussen 20 en 29 jaar (34,4%). Uit deze registratiegegevens blijkt dat pathologisch gokken vaak samengaat met problematisch alcoholgebruik en relatieproblemen met ouders of partner.

2.6 Hulpvraag en zorgbehoefte

Om de vraag naar en het aanbod van hulpverlening voor problematisch middelengebruik beter op elkaar af te stemmen, is behoefteonderzoek bij zowel de hulpverlener als de gebruiker een permanente zorg voor de toekomst (Pelc e.a., 2001, p. 21-27).
In samenwerking met VAD voerde de vakgroep orthopedagogiek van de Universiteit Gent eind 2001 een kleinschalig onderzoek uit naar zorgbehoeften en tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod (De Wilde en Vanderplasschen, 2002).
De bevraagde druggebruikers[83] hebben vooral nood aan informatie over de effecten en de risico's van druggebruik op de gezondheid, over hulpverlening, huisvesting en kinderzorg (De Wilde en Vanderplasschen, 2002, p. 32-37). Ook de omgeving, en dan in het bijzonder de ouders, dient geïnformeerd te worden over hoe ze best kunnen omgaan met druggebruik.
Veel respondenten geven aan dat er meer aandacht moet zijn voor de achterliggende oorzaken van druggebruik, om de kans op herval te beperken.
Er is behoefte aan betaalbare huisvesting en aan hulp bij het zoeken naar een woning.

---

[83] Contactpersonen van belangengroepen en druggebruikers die een beroep doen op laagdrempelige, ambulante drughulpverlening.

Eveneens is er nood aan begeleiding bij het vinden van een job of bijscholing.
De hulpverlening zou beter bereikbaar en toegankelijk moeten zijn, wat betekent dat een aantal centra ook 's avonds en 's nachts open moeten zijn. Sommigen willen op één plaats een beroep kunnen doen op verschillende hulpverleningsvormen. Volgens een aantal gebruikers zouden substitutiebehandeling en spuitenruil losgekoppeld moeten worden van drugvrije behandeling en nazorg. Persoonlijke begeleiding wordt noodzakelijk gevonden en men zou graag meer ex-druggebruikers ingeschakeld zien in de ambulante hulpverlening. Ten slotte vragen druggebruikers meer respect voor hun situatie en voor hun persoon.
De resultaten uit dit onderzoek worden gedeeltelijk bevestigd in het thesisonderzoek van Sergeant en Van Havere (2002), waaruit onder meer blijkt dat druggebruikers die een behandeling volgen kritisch staan tegenover methadon- en medicamenteuze behandeling en wijzen op een gebrek aan opvangmogelijkheden, beperkte informatieverstrekking en weinig geïndividualiseerde hulp.

In het onderzoek naar zorgbehoeften en tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod polsen De Wilde en Vanderplasschen (2002) eveneens naar de tevredenheid van druggebruikers over het bestaande hulpverleningsaanbod. De meeste respondenten denken dat een ideale behandeling niet bestaat en dat iedereen een andere aanpak nodig heeft. Belangrijk is dat bijna alle respondenten nog geen behandeling succesvol hadden beëindigd.
De bevraagde druggebruikers waarderen de onvoorwaardelijke hulp die de hulpverlening biedt, zelfs al is men niet in orde met papieren of is de maximale opnamecapaciteit bereikt. Ook de tolerante houding van de hulpverlening wordt gewaardeerd (bijvoorbeeld bijgebruiken naast methadon).
Toch hebben ze heel wat bedenkingen bij de huidige organisatie van het zorgaanbod. Er is een gebrek aan zorg op maat, het ontbreekt soms aan respect en vertrouwen, er is niet altijd aandacht voor druggerelateerde problemen, de vraag naar hulp is groot en in bepaalde centra zijn er lange wachtlijsten waardoor sommigen uit de boot vallen.
Door een gebrek aan persoonlijke begeleiders is er kritiek op personeel in de drughulpverlening. Enkelen spreken over weinig gemotiveerde hulpverleners in bepaalde diensten.
Veel deelnemende druggebruikers staan afkerig tegenover residentiële opvang omwille van de strikte regels en het afgeschermd leven van de maatschappij. Zij zouden er dan ook maar in laatste instantie een beroep op doen.
Over de nazorg zijn de druggebruikers doorgaans niet zo positief. Vooral de reïntegratie in de maatschappij is een probleem. Men ondervindt bijvoorbeeld weinig of geen hulp bij het zoeken naar een woning of naar werk.
De meeste druggebruikers die aan het woord kwamen, zijn tevreden over het feit dat ze een methadonsubstitutiebehandeling kunnen volgen. De meest gehoorde kritiek betreft het gebrek aan informatie over de gevolgen van methadongebruik en het gebrek aan inspraak bij het bepalen van de dosering en men vindt ook dat de begeleiding beter zou kunnen.
Over spoed- en crisisopvang is men weinig positief. Er zijn te weinig plaatsen, maar men geeft ook toe dat druggebruikers soms misbruik maken van de spoed- en crisisopname om een nacht opgenomen te worden.
Van de huisartsen wordt gewaardeerd dat ze methadon voorschrijven die ze thuis kun-

nen innemen, maar er wordt op gewezen dat de huisartsen enkel personen helpen die zeker kunnen betalen. Wat betreft apothekers wordt geklaagd over gebrek aan privacy en gebrek aan respect.

2.7 Houding van hulpverleners tegenover roken in de behandelingssetting

In een onderzoek van VAD over de houding van hulpverleners tegenover roken in de behandelingssetting werd ook naar het alcoholgebruik van hulpverleners gepolst. Dit was echter niet het hoofddoel van dit onderzoek. Daaruit blijkt dat het alcoholgebruik van de hulpverleners eerder aan de lage kant ligt (Rosiers, 2002). 57,8% van de 399 bevraagde hulpverleners geeft aan minder dan 5 glazen per week te drinken, voor 25,4% ligt dit tussen 5 en 10 glazen, voor 9,9% tussen 11 en 15 glazen. 4,8% drinkt tussen 16 en 20 glazen alcohol per week, 1,5% tussen 21 en 30 glazen en telkens 0,3% tussen 31 en 40 glazen en meer dan 40 glazen. Men moet er wel rekening mee houden dat het gaat om een self-reportvragenlijst. De aangegeven aantallen liggen dan in de regel iets onder de reële aantallen. In deze onderzoekspopulatie is er een verband tussen de rookstatus en de gebruikte hoeveelheid alcohol: niet-rokers geven een duidelijk beperkter alcoholgebruik aan dan rokers.
Het hoofddoel van dit onderzoek was na te gaan hoe het gesteld is met het rookgedrag van de cliënten in de Vlaamse drughulpverleningssector (Rosiers, 2002). Eveneens ging men na hoezeer het rook- en drinkgedrag van de stafleden in drughulpverleningsinstellingen hun houding tegenover een rookstopbeleid in de instelling bepaalt.
Een overgrote meerderheid van de bevraagde hulpverleners (89%) schat het aandeel rokers onder de cliënten op het ogenblik van de bevraging op driekwart of hoger. 91,4% van de drughulpverleners geeft aan dat er in hun dienst regels over roken gelden voor mensen die in behandeling zijn voor alcohol- en/of drugproblemen.
De hulpverleners werden twee vragen gesteld over het aanzetten van cliënten om te stoppen met roken. Een eerste vraag polste naar het moment waarop zij het *aangewezen* vinden om een cliënt aan te zetten om te stoppen met roken. Een meerderheid van de respondenten (57,4%) vindt het nooit aangewezen dat iemand die in behandeling is voor alcohol- of drugproblemen zou stoppen met roken. Bij diegenen die dit wel aangewezen vinden, geldt het principe 'hoe later, hoe beter'. Op de tweede vraag, wanneer zij iemand in behandeling zouden *aanzetten* om te stoppen met roken, antwoordt zelfs 79,5% met 'nooit'.
58,2% van de respondenten meent dat het interessant zou zijn om voor mensen die in behandeling zijn voor alcohol- of andere drugproblemen een programma te ontwikkelen om te stoppen met roken. 41,8% vindt dit dus niet interessant. 39,7% van de bevraagde drughulpverleners zou zulk een rookprogramma ook daadwerkelijk in de werking integreren. 46,3% van deze laatsten zou dit aanbieden aan alle rokers in behandeling voor alcohol- en drugproblemen, 53,7% zou dit niet doen. Tabel 67 toont dat de actuele rookstatus (roker/niet-roker) van de hulpverlener mee de mate bepaalt waarin een rookprogramma effectief wordt ingevoerd: niet-rokers geven sterker aan dit (eerder) wel te zullen doen dan rokers (64% versus 50%). Vooral de grotere bereidheid bij niet-rokers om het zeker te doen is sprekend.

Tabel 67
Bereidheid om eventuele rookstopprogramma's te integreren per huidige rookstatus

integratie rookstop[84]	niet-rokers		rokers	
	N	%	N	%
zeker	62	24,5	13	9,7
waarschijnlijk	100	39,5	54	40,3
geen verschil	33	13,0	22	16,4
waarschijnlijk niet	52	20,6	39	29,1
zeker niet	6	2,4	6	4,5

Bron: Rosiers, 2002

Het bestaan van een rookstopprogramma verhoogt bij de hulpverleners blijkbaar de kans om effectief te werken aan het rookgedrag van de cliënt. Van de respondenten die stellen dat ze het nooit aangewezen vinden om een cliënt aan te zetten om te stoppen met roken zou 47,5% zeker of waarschijnlijk een ontwikkeld rookstopprogramma in de werking integreren, terwijl 36,8% dat waarschijnlijk niet of zeker niet zou doen. Het bestaan van een rookstopprogramma verhoogt bij de hulpverleners blijkbaar de kans om effectief te werken aan het rookgedrag van de cliënt.
De helft van de respondenten (50,9%) meent dat het voor alcohol- of druggebruikers waarschijnlijk moeilijker is om te stoppen met roken dan voor niet-gebruikers. 22,4% acht deze stelling zeker. Dat maakt dat 73,3% van de bevraagde hulpverleners alcohol- of druggebruikers minder kans toedicht om te stoppen met roken dan niet-gebruikers. Volgens 18,8% is er geen verschil tussen beide populaties. Tabel 68 toont dat de rookstatus van de respondenten een rol speelt in de positionering: niet-rokende respondenten geven sterker te kennen dat alcohol- of druggebruikers moeilijker zouden kunnen stoppen met roken dan rokende respondenten (80,3% versus 60,4%). Rokende hulpverleners stellen vaker dat er geen verschil is tussen beide populaties.

Tabel 68
Inschatting moeite om te stoppen per huidige rookstatus

meer moeite om te stoppen[85]	niet-rokers		rokers	
	N	%	N	%
zeker	67	26,5	20	14,9
waarschijnlijk	136	53,8	61	45,5
geen verschil	31	12,3	41	30,6
waarschijnlijk niet	17	6,7	9	6,7
zeker niet	2	0,8	3	2,2

Bron: Rosiers, 2002

[84] De vraag luidde: zou u, mocht er een rookstopprogramma worden ontwikkeld, dit in uw werking integreren?

[85] De vraag luidde: denkt u dat het globaal genomen moeilijker is voor een alcohol- en/of druggebruiker om te stoppen met roken dan voor een niet-gebruiker?

Hoofdstuk 3. Confrontatie met justitie [86]

De federale politie en het Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid (BIVV) hebben heel wat gegevens over rijden onder invloed van alcohol. Vanaf een alcoholgehalte van 0,5‰ is men strafbaar. Ook rijden onder invloed van illegale drugs is verboden. Daarover zijn de beschikbare cijfergegevens echter zeer beperkt.
Daarnaast bekijken we de veroordelingen in verband met alcohol- en drugmisdrijven. Voor illegale drugs schetsen we hoeveel processen-verbaal worden opgesteld en wat het profiel is van de druggebruiker die in aanraking komt met het parket. Op het niveau van de justitiële afhandeling van drugzaken merken we een differentiatie naar sekse, leeftijd en nationaliteit.

3.1 Rijden onder invloed van alcohol

Sinds de wet van 18 juli 1990 bedraagt de maximum toegelaten alcoholconcentratie wanneer men een voertuig bestuurt 0,5 gram zuivere alcohol per liter bloed (0,5‰) of 0,22 milligram alcohol per liter uitgeademde alveolaire lucht (UAL)[87].

De federale politie beschikt over heel wat data over de alcoholcontroles. We baseren ons vooral op deze cijfers, waarbij we ermee rekening moeten houden dat ze geen volledig beeld geven van het totaal aantal alcoholcontroles. Ook de gemeentepolitie levert op dit vlak immers aanzienlijke inspanningen.
De federale politie voerde in 2000 137.031 alcoholcontroles uit (tabel 69). 9% van deze testen had een positief alcoholgehalte. De meeste overschrijden de 0,8‰-grens in het bloed. In een derde van de gevallen (33,5%) werd bij een positieve alcoholtest ook het rijbewijs ingetrokken.

---

[86] In de bijlage wordt de methodologie van de geraadpleegde bronnen omschreven.
[87] Een alcoholconcentratie van 0,22 mg uitgeademde alveolaire lucht (UAL) komt overeen met een alcoholconcentratie van 0,5 gram per liter bloed (0,5‰). Een alcoholconcentratie van 0,35 mg uitgeademde alveolaire lucht (UAL) komt overeen met een alcoholconcentratie van 0,8 gram per liter bloed (0,8‰).

Tabel 69
Alcoholcontroles door de federale politie (2000)

provincie	aantal tests	aantal positieve tests	% positieve tests/totaal	aantal ingetrokken rijbewijzen
Brabant	29.915	3.088	10,3	1.056
Antwerpen	15.043	1.926	12,8	674
Limburg	8.998	883	9,8	256
Oost-Vlaanderen	7.488	944	12,6	326
West-Vlaanderen	9.736	1.117	11,5	392
Henegouwen	33.453	1.816	5,4	553
Namen	8.863	573	6,5	246
Luik	11.481	1.037	9,0	304
Luxemburg	12.054	939	7,8	318
totaal	**137.031**	**12.323**	**9,0**	**4.125**

Bron: federale politie, verkeerspolitie

De cijfers in tabel 70 geven de alcoholcontroles weer tijdens de eindejaarsperiode. Het aantal opgelegde tests vermindert over de jaren heen. In de eindejaarsperiode 2001/2002 werden 41.601 tests opgelegd. Dat is de helft van het aantal in 1998/1999. Het aandeel personen dat positief getest wordt, vertoont echter een stijgende tendens over de jaren. In 2001/2002 is 7,9% van de tests positief. In 1998/1999 was dat nog 5,9%. Van de meeste positieve tests bedraagt het alcoholgehalte meer dan 8‰. Bekijken we de evolutie van de positieve tests meer in detail, dan blijkt dat vooral het aandeel van de positieve tests boven de 8‰ stijgt. In de loop der jaren werden nochtans steeds minder rijbewijzen ingetrokken.

Tabel 70
Alcoholcontroles eindejaarscampagne (1998/1999 tot 2001/2002)

	'98/'99	'99/'00	'00/'01	'01/'02
aantal opgelegde tests	**88.683**	**72.257**	**51.399**	**41.601**
gemeentepolitie	31.603	26.438	24.637	-
rijkswacht	57.080	45.819	26.762	-
aantal positieven	**5.214**	**4.738**	**3.722**	**3.293**
	5,9%	**6,6%**	**7,2%**	**7,9%**
0,5‰ – 0,8‰	1.298	1.028	847	922
	1,5%	1,4%	1,6%	2,2%
≥ 0,8‰	3.916	3.710	2.875	2.371
	4,4%	5,1%	5,6%	5,7%
aantal intrekkingen rijbewijs	**1.715**	**1.654**	**1.306**	**935**

Bron: BIVV, 2002b

Tijdens de eindejaarsperiode 2001/2002 namen de politiediensten minder alcoholtesten af dan in 1998/1999 (tabel 70). Vooral het aantal gerichte controles slonk (tabel 71). Toch worden nog altijd de meeste tests afgenomen tijdens gerichte alcoholcontroles. Op het totaal aantal tests tijdens gerichte alcoholcontroles bedraagt het aandeel positieve tests tijdens de eindejaarscampagne 2001/2002 6,9%. Tegenover de eindejaarsperiode 2000/2001 betekent dat een toename.
Het aandeel positieve tests op het totaal aantal afgenomen tests is het grootst bij alcoholcontroles na verkeersongevallen. Bij de alcoholcontroles na een verkeersongeval is 13,2% van de testen positief in 2001/2002. Dit is een lichte verbetering tegenover 2000/2001.
De politiediensten deden veel minder routine alcoholcontroles dan gerichte alcoholcontroles. Het aandeel van de positieve tests is hier echter te vergelijken met het aandeel positieve tests bij gerichte alcoholcontroles.

Tabel 71
Alcoholcontroles eindejaarscampagne volgens aard van de controle, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages (1998/1999 tot 2001/2002)

	'98/'99	'99/'00	'00/'01	'01/'02
aantal tests bij routine controles	**14.200**	**13.102**	**7.303**	**8.324**
aantal positieve tests	859	842	576	554
	6,0%	6,4%	7,9%	6,7%
aantal tests bij gerichte controles	**65.895**	**49.727**	**37.369**	**26.313**
aantal positieve tests	3.150	2.464	2.157	1.808
	4,8%	5,0%	5,8%	6,9%
aantal tests bij ongevallen	**7.969**	**8.852**	**6.318**	**6.741**
aantal positieve tests	1.082	1.339	927	890
	13,6%	15,1%	14,7%	13,2%

Bron: BIVV, 2002b

Opvallend is nog dat tijdens de eindejaarsperiode in verhouding tot het totale aantal testen minder positieve tests worden afgenomen (7,9% in de periode 2001/2002) (tabel 70) dan tijdens het jaar (9% in 2000) (tabel 69).

In de periode september tot november 2000 voerde het BIVV in samenwerking met gemeentepolitie en rijkswacht een 'road survey' uit[88]. De controleplaatsen werden niet toevallig gekozen, de controles gebeurden aselect[89] (Vanlaar, 2001). Op zaterdagnacht tussen 22 uur en 4 uur werden bestuurders toevallig tegengehouden en dienden ze allen een blaastest af te leggen. Zo werden 10.112 bestuurders gecontroleerd. Gemeentepolitie en rijkswacht vulden per respondent een registratieformulier in waarop tijdstip, geslacht, leeftijd en aantal passagiers werden opgetekend. Indien de ademtest positief was, werd ook de plaats waar alcohol werd gedronken, opgetekend. 841 personen (8,3%) hadden een alcoholgehalte boven de toegelaten wettelijke limiet van 0,5‰. (tabel 72). De meeste bestuurders onder invloed hadden veel gedronken: 667 (6,6%) mensen bliezen minstens 0,8‰.

Tabel 72
Aantal en percentage gecontroleerde bestuurders volgens UAL-gehalte (2000)

UAL	N	%
weigering	7	0,1
onmogelijk	13	0,1
UAL < 0,22 mg/l	9.142	90,4
0,22mg/l < UAL ≤ 0,35 mg/l	174	1,7
UAL ≥ 0,35 mg/l	667	6,6
ontbrekende gegevens	109	1,1
totaal	**10.112**	**100,0**

Bron: Vanlaar, 2001, p. 9

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest reed 7,6% van de bestuurders onder invloed (> 0,5‰), in Vlaanderen is dat 8,2% en in Wallonië 8,3%.
De omvang van het rijden onder invloed is in 2000 (8,4%) vergelijkbaar met 1998 (8,9%) (tabel 73).

Tabel 73
Percentage bestuurders onder invloed (1998 en 2000)

	UAL ≥ 0,22 mg/l	0,22mg/l ≤ UAL < 0,35 mg/l	UAL ≥ 0,35 mg/l
1998	8,9%	2,5%	6,4%
2000	8,4%	1,7%	6,7%

Bron: Vanlaar, 2001, p. 18

[88] Deze studie wordt om de twee jaar herhaald.
[89] Bij een selecte alcoholcontrole beslissen de politiediensten om al dan niet een ademtest af te nemen op basis van uiterlijk waarneembare kenmerken (bijvoorbeeld geur van alcohol, spraak,...). Bij een aselecte alcoholcontrole daarentegen moet iedereen die wordt tegengehouden een alcoholtest afleggen.

De groep bestuurders die relatief gezien het meest risico loopt om een BAC-gehalte te hebben van minstens 0,5‰, maar minder dan 0,8‰ bestaat uit vrouwen, ouder dan 55 jaar, met passagier (tabel 74). De risicogroep die relatief gezien het meest risico loopt om minstens 0,8‰ te blazen, bestaat uit mannen, tussen 26 en 54 jaar zonder passagiers. Mannen hebben dus meer kans om minstens 0,8‰ te blazen dan vrouwen. Zij lopen 2,9 keer meer risico om 0,8‰ of meer te blazen dan vrouwen. Bestuurders zonder passagiers hebben 2,1 keer meer kans om positief te blazen dan bestuurders met passagiers.
Naast de situering van 'risicogroepen' dient men ook te kijken naar de realiteit van de absolute aantallen ('grote groepen'). In absolute aantallen bestaat de grootste groep met minstens 0,8‰ alcohol in het bloed uit mannen tussen 26 en 54 jaar met passagiers. De grootste groep met een BAC-gehalte van minstens 0,5‰ maar minder dan 0,8‰ bestaat eveneens uit mannen, tussen 26 en 54 jaar met passagiers[90].

Tabel 74
Profiel van gecontroleerde bestuurders volgens UAL-gehalte (2000)[91]

		UAL < 0,22 mg/l	UAL ≥ 0,22 mg/l	UAL ≥ 0,35 mg/l
passagiers				
	geen pass.	0,493	0,451	2,122
	wel pass.	2,032	2,215	0,471
leeftijd				
	16-25 jaar	2,308	1,102	0,627
	26-39 jaar	0,736	0,730	1,364
	40-54 jaar	0,566	0,513	1,855
	55+ jaar	1,039	2,421	0,630
sekse				
	man	0,277	0,433	2,888
	vrouw	3,606	2,315	0,346

Bron: Vanlaar, 2002

Aan de positieve bestuurders werd gevraagd waar men alcohol had gedronken. De meesten dronken in een restaurant, café of bar (44,9%). 20% dronk bij familie, vrienden of kennissen en 14,5% dronk in een discotheek of op een fuif.

De tendens dat personen die positief getest worden ook behoorlijk over de toegelaten grens zitten, blijkt ook uit de bloedafnames die na een verkeersongeval gebeuren.
Van de personen bij wie naar aanleiding van een verkeersongeval een bloedafname gebeurde, heeft in 2000 91,2% een alcoholgehalte in het lichaam dat boven de toegelaten grens ligt (tabel 75). 49,9% van de bestuurders overschrijdt zelfs de grens van 2‰. Men dient er wel rekening mee te houden dat een bloedafname heel selectief gebeurt, namelijk bij deze personen bij wie men een sterk vermoeden heeft van dronkenschap.

---

[90] De absolute aantallen komen niet altijd overeen met de profielen (zie tabel 74) omdat niet alle groepen in gelijke mate aan het verkeer deelnemen.
[91] Op een steekproef van 1.500 eenheden werd een logit-analyse uitgevoerd waarvan hier de odds-ratios worden gegeven.

Tabel 75
De evolutie van het aantal bloedafnamen bij verkeersongevallen op de openbare weg, naar de vastgestelde graad van het alcoholgehalte uitgedrukt in absolute aantallen en percentages[92]

jaar	0-0,49 gr/l	0,5-0,99 gr/l	1-1,49 gr/l	1,5-1,99 gr/l	2-2,49 gr/l	2,5 of meer gr/l	onbekend	totaal
absolute aantallen								
1990	476	1.240	2.507	3.833	3.767	3.060	318	**15.201**
1991	522	1.127	2.356	3.562	3.568	2.865	301	**14.301**
1992	418	1.072	2.266	3.663	3.655	2.983	280	**14.337**
1993	538	1.206	2.438	3.460	3.518	2.905	344	**14.409**
1994	403	944	1.959	2.946	3.058	2.709	212	**12.231**
1995	319	336	720	1.192	1.253	1.056	101	**4.977**
1996	236	273	598	921	968	928	297	**4.221**
1997	343	549	1.075	1.590	1.457	1.259	198	**6.471**
1998	293	397	764	1.159	1.478	1.173	100	**5.364**
1999	289	359	820	1.331	1.463	1.462	126	**5.850**
2000	304	284	643	1.030	1.192	1.178	112	**4.743**
percentages								
1990	3,1	8,2	16,5	25,2	24,8	20,1	2,1	**100,0**
1991	3,7	7,9	16,5	24,9	24,9	20,0	2,1	**100,0**
1992	2,9	7,5	15,8	25,6	25,5	20,8	1,9	**100,0**
1993	3,7	8,4	16,9	24,0	24,4	20,2	2,4	**100,0**
1994	3,3	7,7	16,0	24,1	25,0	22,1	1,8	**100,0**
1995	6,4	6,8	14,5	23,9	25,2	21,2	2,0	**100,0**
1996	5,6	6,5	14,2	21,8	22,9	22,0	7,0	**100,0**
1997	5,3	8,5	16,6	24,6	22,5	19,5	3,0	**100,0**
1998	5,5	7,4	14,2	21,6	27,6	21,9	1,8	**100,0**
1999	4,9	6,1	14,0	22,8	25,0	25,0	2,2	**100,0**
2000	6,4	6,0	13,6	21,7	25,1	24,8	2,4	**100,0**

Bron: NIS, 2001c, p. 5

3.2 Rijden onder invloed van illegale drugs

Sinds maart 1999 kunnen de politiediensten controleren of bestuurders onder invloed van illegale drugs rijden (BIVV, 2000, p. 99). Over deze controles zijn weinig cijfergegevens voorhanden. In 2001 hebben de provinciale verkeerseenheden 42 controles uitgevoerd. Het aantal gecontroleerde personen is onbekend (BIVV, 2002a). Er werden 202 urinetesten afgenomen en 118 bloedproeven. Een bloedproef wordt slechts afgenomen wanneer de urinetest positief is.

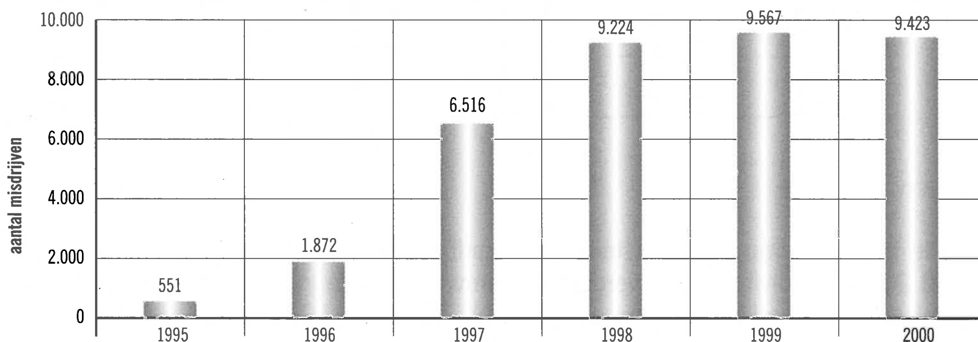
[92] Deze cijfers gaan zowel over de ongevallen met lichamelijk letsel als over ongevallen met enkel stoffelijke schade.

In het kader van de WODCA-controles werden in de provincie Antwerpen in 2001 bestuurders op het gebruik van illegale drugs gecontroleerd (Paulus, 2002). Het gaat om bestuurders tussen 18 en 40 jaar. Bloedanalyses wijzen uit dat 42% van de gecontroleerde bestuurders positief test op illegaal druggebruik[93]. 11% is vrouw en 89% is man. De meesten zijn tussen 18 en 24 jaar (60%), 38% is tussen 25 en 32 jaar en 2% is tussen 33 en 40 jaar. In 60% van de gevallen gaat het om XTC-gebruik, 43% gebruikte cannabis, speed of crack en 17% cocaïne. 49% gebruikte één soort drugs, 43% gebruikte twee soorten drugs.

3.3 Misdrijven in verband met alcohol

De politiediensten registreren in 2000 9.423 feiten in verband met dronkenschap, alcohol en alcoholslijterijen, zo blijkt uit de gegevens van de federale politie[94] (grafiek 9). Dit zijn 144 misdrijven minder dan het voorgaande jaar.
In de meeste gevallen gaat het om openbare dronkenschap (9.056 misdrijven) of een overtreding van andere regelgeving over dronkenschap (219 misdrijven). 119 misdrijven zijn inbreuken op het sluitingsuur van een herberg, er was één inbreuk inzake sluikstokerij en 28 inbreuken hebben te maken met alcoholslijterijen.

Grafiek 9
Aantal misdrijven in verband met dronkenschap, alcohol en alcoholslijterijen vastgesteld door de politiediensten (2000)[95]

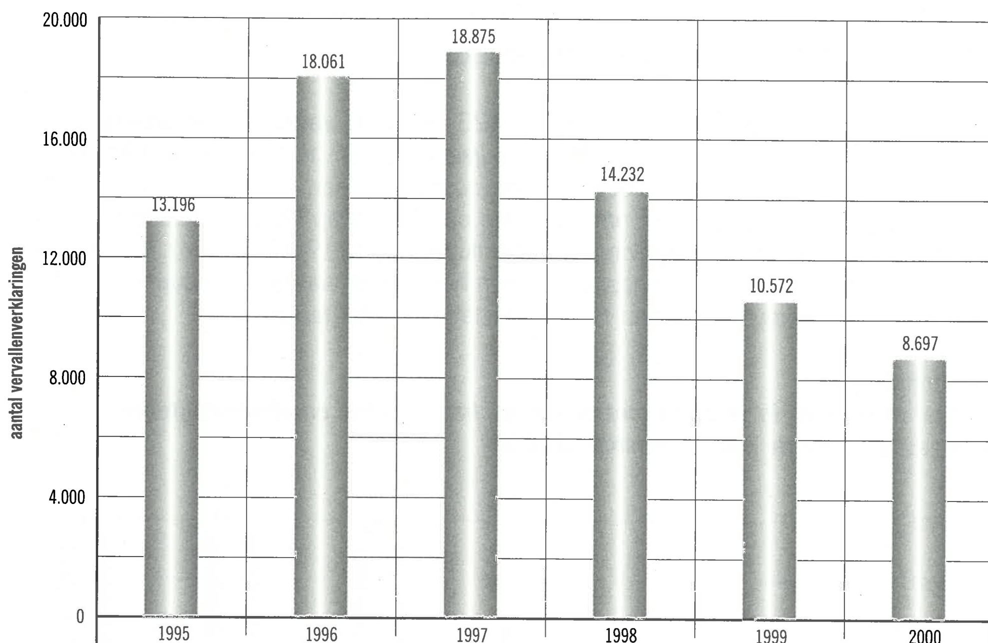


Bron: federale politie – Directie van de Geïntegreerde Werking van de Politie

93 33% test positief op illegaal druggebruik, 9% test positief op drug- en alcoholgebruik.
94 Directie van de Geïntegreerde Werking van de Politie.
95 De cijfers voor 1995 tot 1998 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001, p. 80).

In 2000 werden 8.697 vervallenverklaringen van het recht tot sturen uitgesproken voor dronkenschap of intoxicatie, dat is heel wat minder dan in de voorgaande jaren (grafiek 10).

Grafiek 10
Aantal vervallenverklaringen van het recht tot sturen omwille van dronkenschap of intoxicatie[96]



Bron: BIVV, 2000, p. 98

Uit de gegevens van het ministerie van Justitie over de veroordelingen blijkt dat in 1996 25.001 individuen zijn veroordeeld omwille van de inbreuk intoxicatie en dronkenschap in het verkeer (Alberty e.a., 2001). Tegenover 1995 is dat een stijging van 40%. Het gaat om 19.676 mannen en 1.457 vrouwen.
Voor openbare dronkenschap (niet in het verkeer) werden 2.617 personen veroordeeld. 35 personen dienden alcoholische dranken op aan reeds dronken personen of minderjarigen en werden daarvoor veroordeeld. 51 mensen liepen een veroordeling op omwille van het overtreden van de wet op de exploitatie van sterke dranken. Ook deze misdrijven werden vooral door mannen gepleegd. De veroordelingsstatistiek laat toe te kijken naar de leeftijdsverdeling van de veroordeelden voor alcoholmisdrijven. We zien dan dat voor intoxicatie in het verkeer de meeste personen tussen 30 en 34 jaar oud zijn. De grootste groep veroordeelden voor openbare dronkenschap is tussen 35 en 39 jaar. De meeste veroordeelden in verband met de slijterijen zijn tussen 40 en 44 jaar oud.

96 De cijfers voor 1995 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001, p. 81).

Soms wordt een straf of een veroordeling uitgesproken op basis van een combinatie van inbreuken van verschillende aard (Alberty e.a., 2001). In tabel 76 worden de combinaties van inbreuken weergegeven uit politionele geschillen of verkeerszaken waar ook dronkenschap bij voorkomt. In 7.523 veroordelingsberichten gingen intoxicatie en dronkenschap in het verkeer samen met zware verkeersovertredingen. In zeer veel gevallen gaan intoxicatie en dronkenschap in het verkeer en zware verkeersovertredingen ook nog eens samen met opzettelijke slagen en verwondingen (1.363 veroordelingsberichten) of met vluchtmisdrijf (1.065 veroordelingsberichten).

Tabel 76
Veroordelingsberichten volgens de configuratie van inbreuken in politionele geschillen of verkeerszaken (1996)

configuratie van de inbreuken	aantal veroordelingsberichten
intoxicatie/dronkenschap in het verkeer	12.420
intoxicatie/dronkenschap in het verkeer & verkeer (inbegrepen zware overtredingen)	7.523
dronkenschap	1.929
opzettelijke slagen en verwondingen & intoxicatie/dronkenschap in het verkeer & verkeer (inbegrepen zware overtredingen)	1.363
vluchtmisdrijf & intoxicatie/dronkenschap in het verkeer & verkeer (inbegrepen zware overtredingen)	1.065
opzettelijke slagen en verwondingen & intoxicatie/dronkenschap in het verkeer	358
intoxicatie/dronkenschap in het verkeer & verkeer (inbegrepen zware overtredingen) & dronkenschap	350
rijbewijs/scholingsbewijs & intoxicatie/dronkenschap in het verkeer & verkeer (inbegrepen zware overtredingen)	272
rijbewijs/scholingsbewijs & intoxicatie/dronkenschap in het verkeer	263
vluchtmisdrijf & intoxicatie/dronkenschap in het verkeer	246

Bron: Alberty e.a., 2001

De dienst statistiek van het secretariaat generaal van het ministerie van Justitie startte in 1999 met een statistiek van de hoven en rechtbanken (ministerie van Justitie, 1999). Daarin is tevens een statistiek van de politierechtbanken opgenomen. Alcoholintoxicatie is één van de misdrijven die op het niveau van de politierechtbank wordt veroordeeld. In 1998 werden er 11.019 personen beticht van alcoholintoxicatie en 5.547 van dronkenschap (tabel 77). 3.988 individuen veroorzaakten een ongeval met stoffelijke schade onder invloed van alcohol. De meeste betichten werden ook effectief veroordeeld. Het grootste aantal vrijspraken doet zich voor in de misdrijfcategorie alcoholintoxicatie.

Tabel 77
Statistiek van de politierechtbank – alcoholintoxicatie (1998)

type inbreuk	aantal betichten	aantal veroordeelden	aantal vrijgesprokenen
ongevallen & doodslag & intoxicatie/dronkenschap	64	63	1
ongevallen & doodslag & vluchtmisdrijf & intoxicatie/dronkenschap	18	16	2
onopzettelijke slagen en verwondingen & intoxicatie/dronkenschap	1.568	1.553	15
onopzettelijke slagen en verwondingen & vluchtmisdrijf & intoxicatie/dronkenschap	335	330	5
ongevallen met stoffelijke schade & intoxicatie/dronkenschap	3.988	3.938	50
ongevallen met stoffelijke schade & vluchtmisdrijf & intoxicatie/dronkenschap	1.351	1.334	17
alcoholintoxicatie	11.019	10.894	125
dronkenschap	5.547	5.467	80
weigering van bloedproef of ademtest	412	393	19
openbare dronkenschap	1.708	1.666	42

Bron: ministerie van Justitie, 1999

3.4 Drugdelicten

Op Europees vlak speelde cannabis in 1999 een hoofdrol bij de aanhoudingen wegens drugdelicten (EWDD, 2001, p. 21). In Zweden betroffen de aanhoudingen vooral amfetamines en in Portugal en Luxemburg vooral heroïne. Ook in Nederland zijn andere illegale drugs dan cannabis belangrijker in de aanhoudingen. Meestal gaat het om het bezit en het gebruik van illegale drugs. In Nederland, Spanje en Italië hebben de drugdelicten uitsluitend betrekking op verkoop en drughandel. Sinds 1995 werden er in de hele Europese Unie meer en meer aanhoudingen verricht voor drugdelicten.

3.4.1 Drugmisdrijven geverbaliseerd door de politiediensten

De federale politie beschikt over gegevens van de drugmisdrijven geverbaliseerd door de politiediensten (tabel 78). In 2000 werden door de Belgische politiediensten 40.561 misdrijven in verband met verdovende middelen geregistreerd. Het gaat dan vooral om bezit (16.380 feiten) en gebruik (13.395 feiten) van verdovende middelen.

Tabel 78

Aantal drugmisdrijven in België geregistreerd door de politiediensten (2000)[97]

misdrijf	1998	1999	2000
bezit van verdovende middelen	16.348	17.128	16.380
gebruik van verdovende middelen	15.238	15.526	13.395
in- en uitvoer, fabricatie, handel	10.158	10.205	9.488
andere misdrijven	1.778	1.591	1.297
totaal	**43.522**	**44.449**	**40.561**

Bron: federale politie – Directie van de Geïntegreerde Werking van de Politie

In totaal zijn er in 2000 8,7% minder drugmisdrijven geverbaliseerd in vergelijking met 1999. De daling zet zich door in alle subcategorieën van misdrijven, maar is het sterkst bij de misdrijven in verband met gebruik van verdovende middelen. In 2000 werden 13,7% minder misdrijven in verband met gebruik van verdovende middelen geverbaliseerd tegenover in 1999. De geverbaliseerde andere drugmisdrijven namen met 18,4% af tegenover 1999.

Uit de nationale criminele databank van de federale politie kunnen we afleiden hoeveel processen-verbaal er zijn opgemaakt voor drugmisdrijven zoals drugbezit, druggebruik, in- en uitvoer van drugs, verkoop, handel en productie volgens sekse en leeftijd (federale politie, 2002). De stijging in het aantal processen-verbaal die zich in 1999 liet voelen, zette zich in het jaar 2000 niet verder (tabel 79). Het aantal processen-verbaal nam af naar 27.210 en het aantal geverbaliseerde personen daalde tot 23.250.

Tabel 79

Evolutie van het aantal processen-verbaal voor drugmisdrijven (1996-2000)

	1996		1997		1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
gebruik	20.947	66,0	18.047	60,9	17.816	64,7	19.249	64,8	17.601	64,9
verkoop	3.651	11,5	3.620	12,2	3.356	12,2	3.647	12,3	3.166	11,7
handel of toerisme	7.154	22,5	7.970	26,9	6.375	23,1	6.832	23,0	6.353	23,4
totaal aantal pv's	**31.752**	**100,0**	**29.637**	**100,0**	**27.547**	**100,0**	**29.728**	**100,0**	**27.210**	**100,0**
totaal aantal personen	**28.140**		**26.495**		**24.156**		**25.579**		**23.250**	

Bron: federale politie, nationale criminele databank

[97] De cijfers voor 1998 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001, p. 85).

In de gerechtelijke arrondissementen van Brussel (5.063), Antwerpen (2.290) en Luik (2.146) werden de meeste processen-verbaal opgesteld.

Wanneer de drugmisdrijven worden opgedeeld in gebruik, verkoop en handel of drugtoerisme zien we dat over al de jaren vooral processen-verbaal zijn opgemaakt in verband met druggebruik (tabel 79). In tweede instantie wordt drughandel of drugtoerisme geverbaliseerd. 11% à 12% van de processen-verbaal gaat over de verkoop van illegale drugs. In 2000 werden 17.601 processen-verbaal opgesteld voor druggebruik, 6.353 voor drughandel en drugtoerisme en 3.166 voor de verkoop van drugs.
In de gerechtelijke arrondissementen Brussel, Dendermonde en Hasselt werden in 2000 het meest processen-verbaal opgesteld voor druggebruik. Brussel, Antwerpen en Charlerloi scoren het hoogst wat betreft processen-verbaal voor drugverkoop. Drughandel en -toerisme werd het meest geregistreerd in het gerechtelijk arrondissement Luik, Antwerpen en Tongeren.

In de helft van de gevallen (51,4%) wordt een proces-verbaal opgesteld voor cannabis (tabel 80). Cannabis komt bij alle inbreuken het meest voor. 9% van de processen-verbaal hebben te maken met stimulerende middelen. Vooral voor verkoop valt het aandeel van stimulantia op. In 2000 werd in een kwart van de gevallen geen product geregistreerd in het proces-verbaal.

Tabel 80
Aandeel van de producten in de processen-verbaal (2000)

product	gebruik bezit	verkoop	im- export	productie	andere	totaal
geen product geregistreerd	22,5%	33,3%	20,9%	29,4%	43,0%	**23,6%**
opiaten	5,4%	6,5%	2,2%	0,5%	3,2%	**4,7%**
cocaïne	2,1%	4,5%	1,0%	0,0%	1,2%	**2,1%**
opiaten en cocaïne	0,4%	1,3%	0,8%	0,0%	0,0%	**0,6%**
cannabis	51,9%	23,5%	64,9%	58,3%	36,5%	**51,4%**
ATS[98]	9,3%	19,0%	3,2%	8,6%	8,0%	**9,0%**
ATS en cannabis	4,1%	5,2%	3,5%	0,0%	1,6%	**4,0%**
opiaten en/of cocaïne en andere producten	2,1%	3,6%	2,2%	1,6%	2,0%	**2,3%**
andere producten	2,3%	3,1%	1,4%	1,6%	4,4%	**2,2%**
totaal	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Bron: federale politie, nationale criminele databank

[98] Amphetamine Type Stimulants

De nationale criminele databank van de federale politie laat toe om bij het aantal verbalisaties te gaan kijken naar de leeftijdsverdeling en de sekse van de daders. De meeste daders van drugdelicten zijn mannen (tabel 81). In 2000 werden 20.729 mannen (89,2%) voor een drugfeit geverbaliseerd tegenover 2.451 vrouwen (10,5%). De meeste daders zijn meerderjarig. In 2000 zijn er 3.775 minderjarige drugdaders (16,2%) en 19.475 meerderjarige daders (83,8%).

Tabel 81
Verdeling van de daders van drugmisdrijven naar sekse en leeftijd (2000)

	mannen		vrouwen		onbekend		totaal
	N	%	N	%	N	%	N
< 12 jaar	9	90,0	1	10,0	-	-	**10**
12-14 jaar	272	74,1	95	25,9	-	-	**367**
15-17 jaar	2.910	85,6	478	14,1	10	0,3	**3.398**
18-20 jaar	6.795	90,9	663	8,9	18	0,2	**7.476**
21-23 jaar	4.255	90,7	432	9,2	6	0,1	**4.693**
24-26 jaar	2.230	91,0	214	8,7	6	0,2	**2.450**
27-29 jaar	1.418	89,1	170	10,7	4	0,3	**1.592**
30-35 jaar	1.554	88,4	197	11,2	6	0,3	**1.757**
35-41 jaar	677	85,4	113	14,2	3	0,4	**793**
> 41 jaar	417	84,8	72	14,6	3	0,6	**492**
onbekend	192	86,5	16	7,2	14	6,3	**222**
totaal	**20.729**	**89,2**	**2.451**	**10,5**	**70**	**0,3**	**23.250**

Bron: federale politie, nationale criminele databank

De grootste groep geverbaliseerde cannabisgebruikers is tussen 18 en 20 jaar (tabel 82). Een vijfde van de geverbaliseerden omwille van cannabisgebruik is tussen 15 en 17 jaar oud. 21,4% geverbaliseerde cannabisgebruikers is ouder dan 23 jaar.
Het grootste aantal gebruikers van stimulantia zien we in de leeftijdsklasse 18 tot 20 jaar (39,2%). Bijna een kwart van de gebruikers van stimulerende middelen is tussen 21 en 23 jaar. 1 op 9 is 17 jaar of jonger. De risicogroep die het meest geverbaliseerd wordt voor het gebruik van cannabis of stimulantia is tussen 15 en 26 jaar.
De cocaïne- en heroïnegebruikers voor wie de politiediensten een proces-verbaal opstellen zijn doorgaans ouder. De meeste geverbaliseerde opiaatgebruikers zijn tussen 30 en 35 jaar oud. Voor cocaïnegebruik zijn het vooral personen tussen 21 en 23 jaar en tussen 30 en 35 jaar die met de politie in aanraking komen. Minderjarige opiaat- of cocaïnegebruikers worden relatief weinig door de politiediensten geverbaliseerd (respectievelijk 2,7% en 4%).

Tabel 82
Leeftijdsverdeling van de daders van gebruiksinbreuken volgens product (2000)[99]

	opiaten		cocaïne		cannabis		ATS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 12 jaar	-	-	-	-	2	0,0	-	-
12-14 jaar	1	0,1	2	0,3	231	2,3	15	0,6
15-17 jaar	30	2,6	25	3,7	2.039	20,2	258	11,0
18-20 jaar	118	10,4	105	15,7	3.581	35,5	919	39,2
21-23 jaar	172	15,1	128	19,1	2.018	20,0	545	23,3
24-26 jaar	154	13,6	119	17,8	883	8,8	280	12,0
27-29 jaar	202	17,8	75	11,2	501	5,0	151	6,4
30-35 jaar	297	26,1	128	19,1	505	5,0	115	4,9
36-41 jaar	111	9,8	52	7,8	183	1,8	35	1,5
> 41 jaar	33	2,9	23	3,4	81	0,8	18	0,8
onbekend	18	1,6	12	1,8	53	0,5	7	0,3
totaal	**1.136**	**100,0**	**669**	**100,0**	**10.077**	**100,0**	**2.343**	**100,0**

Bron: federale politie, nationale criminele databank

Personen die geverbaliseerd worden voor handel en toerisme van cannabis zijn jong. De belangrijkste groep daders is net zoals bij de cannabisgebruikers vooral terug te vinden in de leeftijdsgroep 18 tot 20 jaar (37,1%) (tabel 83). Ook voor handel in stimulerende middelen zijn de daders zo jong (35,6%). De grootste groep personen die geverbaliseerd wordt voor cocaïnehandel is iets ouder, namelijk tussen 24 en 26 jaar (17,1%). De groep die opiaten verhandelt, is nog ouder: 24,1% is tussen 30 en 35 jaar.

[99] Berekend op het aantal processen-verbaal die verbonden zijn aan een dader en een product.

Tabel 83
Leeftijdsverdeling van de daders van inbreuken van handel en toerisme volgens product (2000)[100]

	opiaten		cocaïne		cannabis		ATS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 12 jaar	-	-	-	-	1	0,0	-	-
12-14 jaar	1	0,4	-	-	8	0,2	2	0,4
15-17 jaar	6	2,2	6	2,7	424	8,9	50	9,9
18-20 jaar	35	13,0	29	13,1	1.764	37,1	180	35,6
21-23 jaar	40	14,8	30	13,5	1.178	24,8	109	21,6
24-26 jaar	43	15,9	38	17,1	601	12,6	56	11,1
27-29 jaar	52	19,3	27	12,2	310	6,5	43	8,5
30-35 jaar	65	24,1	35	15,8	264	5,6	32	6,3
36-41 jaar	17	6,3	27	12,2	114	2,4	13	2,6
> 41 jaar	11	4,1	25	11,3	75	1,6	15	3,0
onbekend	-	-	5	2,3	16	1,3	5	1,0
totaal	**270**	**100,0**	**222**	**100,0**	**4.755**	**100,0**	**505**	**100,0**

Bron: federale politie, nationale criminele databank

3.4.2 Drugmisdrijven op het niveau van de parketten

Drugmisdrijven geverbaliseerd door de politiediensten komen uiteindelijk terecht bij de parketten. Van de Vlaamse parketten en het parket van Brussel zijn daarover registratiegegevens voorhanden. De beschikbare gegevens hebben enkel betrekking op druggebruikers die zijn geverbaliseerd door de politiediensten (Doucet e.a., 2002). Het gaat om een beperkte studie die vooral een beeld schetst van de werking van de parketten in Vlaanderen en Brussel en de trend onderzoekt over de verschillende registratiejaren heen. Bij het koppelen van algemene conclusies aan dit soort onderzoek dient men rekening te houden met de financiële mogelijkheden, beschikbare mankracht, visie op druggebruik,... van de afzonderlijke parketten.
Het aantal registraties van geverbaliseerde druggebruikers is, ten opzichte van voorgaande jaren, in 2000 gedaald (Doucet e.a., 2002). De parketten van Brussel, Antwerpen en Tongeren registreren in 2000 het grootste aandeel druggebruikers (tabel 84). In vergelijking met 1999 is het aantal druggebruikers dat geregistreerd wordt in de parketten van Mechelen, Oudenaarde en Tongeren toegenomen. In het parket van Mechelen werden 42,7% meer druggebruikers geregistreerd in 2000 dan in 1999. Hier past al meteen de kanttekening bij dat een stijging in het aantal registraties niet noodzakelijk betekent dat het probleem is toegenomen. Meer 'gevallen' kunnen toe te schrijven zijn aan een efficiënter of strenger optreden van de politiediensten, maar ook de wijze van registreren van de parketten speelt een rol (soms worden bijvoorbeeld enkel de gegevens van de meerderjarigen opgetekend).

[100] Berekend op het aantal processen-verbaal die verbonden zijn aan een dader en een product.

Bij de parketten van Brussel, Dendermonde, Ieper, Turnhout en Veurne kwamen minder processen-verbaal van druggebruikers aan. In Ieper halveerde het aantal bijna.

Tabel 84
Verdeling van het aantal registraties van druggebruikers over de verschillende parketten (1997 tot 2000)

parket	aantal registraties in 1997	aantal registraties in 1998	aantal registraties in 1999[101]	aantal registraties in 2000[102]
Antwerpen	958	821	605	609
Brugge	223	119	331	332
Brussel	1.312	1.580	1.660	1.152
Dendermonde	505	483	379	233
Gent	-	-	-	-
Hasselt	313	370	261	-
Ieper	33	56	69	37
Kortrijk	144	195	221	207
Leuven	74	92	102	98
Mechelen	221	178	124	177
Oudenaarde	95	24	103	125
Tongeren	185	221	319	429
Turnhout	445	349	482	309
Veurne	42	51	83	46
totaal aantal gebruikers	**4.550**	**4.539**	**4.739**	**3.754**
deelnemende parketten	**13**	**13**	**13**	**12**

Bron: Doucet e.a., 2002

In 2000 werd het grootste deel van de processen-verbaal opgemaakt door de rijkswacht (67,9% van de gevallen). De gemeentepolitie en de andere politiediensten[103] stonden in voor respectievelijk 27% en 4,4% van de verbalisaties (0,6% is onbekend).

In 2000 bestaat de geregistreerde groep voor 10% (373) uit vrouwen en voor 90% (3.374) uit mannen. De gemiddelde leeftijd is 23,8 jaar. De meesten zijn Belgen (76,3%); van 19,3% is geweten dat ze een vreemde nationaliteit bezitten (Doucet e.a., 2002).

Het aandeel geregistreerde druggebruikers is in 2000 het grootst in de leeftijdscategorie 18 tot 20 jaar (31,6%). De jongeren tussen 21 en 24 jaar vormen de tweede grootste groep (29%). 3,3% is jonger dan 16 jaar en 15,5% is ouder dan 29 (tabel 85). Mannen zijn gemiddeld jonger dan vrouwen als ze geverbaliseerd worden voor druggebruik. Het hoogste percentage mannen zien we in de leeftijdscategorie 18 tot 20 jaar (32,7%) en bij de vrouwen is dat in de leeftijdsgroep 21 tot 24 jaar (29,8%).

[101] In Brussel, Dendermonde, Hasselt, Leuven en Oudenaarde werden enkel de meerderjarigen geregistreerd.
[102] In Brussel en Leuven werden enkel de meerderjarigen geregistreerd.
[103] Tot de andere politiediensten behoren de gerechtelijke politie, de spoorwegpolitie, de zeevaartpolitie en de douane.

Tabel 85
Leeftijd en geslacht van de geverbaliseerde druggebruikers (2000)[104]

leeftijd	mannen %	vrouwen %	totaal N	totaal %
< 16 jaar	1,9	5,1	83	3,3
16-17 jaar	6,7	10,8	264	10,5
18-20 jaar	32,7	23,0	1.185	31,6
21-24 jaar	29,1	29,8	1.089	29,0
25-29 jaar	14,2	14,6	529	14,1
> 29 jaar	15,4	16,5	582	15,5
totaal	**100,0%**	**100,0%**	**3.732**	**100,0%**

Bron: Doucet e.a., 2002

In 64,5% van de gevallen ging het om een eerste contact met justitie omwille van druggebruik. 1 persoon op 6 kwam reeds één keer in contact met justitie en voor 1 persoon op 6 waren er reeds meerdere contacten geweest (tabel 86). Vooral het aandeel personen dat reeds meermaals met justitie in contact kwam omwille van druggebruik is in vergelijking met 1999 gedaald.

Tabel 86
Eerder druggerelateerd contact met justitie (2000)

	N	%
geen	2.434	64,5
eenmaal	615	16,4
meermaals	611	16,2
onbekend	94	2,5
totaal	**3.754**	**100,0**

Bron: Doucet e.a., 2002

Net zoals in 1999 gebruiken de meeste geverbaliseerde personen cannabis (77,4%). XTC en amfetamines worden door respectievelijk 14,3% en 14,6% van de geregistreerden gebruikt. Heroïne, cocaïne en zeker LSD worden veel minder gebruikt (tabel 87). In vergelijking met 1999 is het gebruik van de verschillende producten redelijk stabiel gebleven.

[104] De percentages van de <18-jarigen zijn enkel berekend tegenover de parketten die minderjarigen geregistreerd hebben. De overige percentages zijn berekend tegenover de totale registratie.

Tabel 87
Gebruikte producten (1999 en 2000)[105]

product[107]	1999[106] N	1999 %	2000 N	2000 %
cannabis	3.135	66,2	2.906	77,4
amfetamines	379	12,3	379	14,6
cocaïne	273	5,8	264	7,0
XTC	413	13,4	372	14,3
heroïne	292	6,2	289	7,7
LSD en hallucinogenen	38	0,8	37	0,9

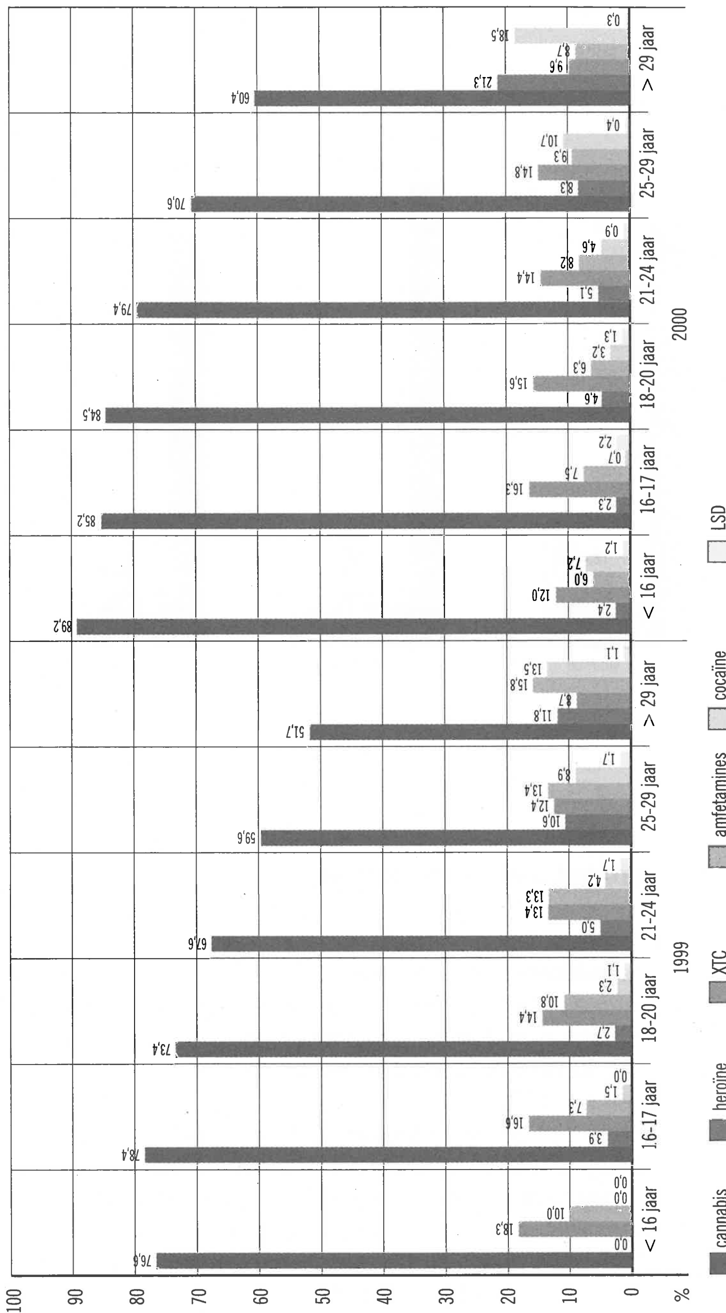
Bron: Doucet e.a., 2002

Op alle leeftijden wordt voornamelijk cannabis gebruikt (grafiek 11). Het gebruik van cannabis neemt echter af met de leeftijd. Er werden in 2000 meer cannabisgebruikers geregistreerd dan in 1999. Onder de jonge geverbaliseerden (tot 29 jaar) staat XTC-gebruik op de tweede plaats, voor de ouderen (>29 jaar) is dat heroïne.
Bij de geverbaliseerde jongeren vanaf 18 jaar is het gebruik van XTC in 2000 gestegen tegenover in 1999. Het amfetaminegebruik is bij deze groep gedaald.
Cocaïne- en heroïnegebruik komt meer voor bij personen boven de 25 jaar dan bij de jongeren. Tegenover 1999 zijn er in 2000 meer gebruikers van heroïne in de leeftijdsgroepen -16 jaar, 18 tot 20 jaar en de +29-jarigen. Het cocaïnegebruik is behalve voor de 16- tot 17-jarigen in alle leeftijdsgroepen gestegen. Het aantal gebruikers van LSD is verwaarloosbaar. In tegenstelling tot 1999 wordt LSD-gebruik nu ook vastgesteld bij de jongeren jonger dan 18 jaar.

[105] De cijfers voor 1999 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001, p. 89).
[106] Voor amfetamines, XTC, methadon, medicijnen, andere opiaten en snuifmiddelen is het parket van Brussel buiten beschouwing gelaten.
[107] Deze categorieën sluiten elkaar niet uit.

Grafiek 11

De meest gebruikte producten naar leeftijd (1999[108] en 2000[109])

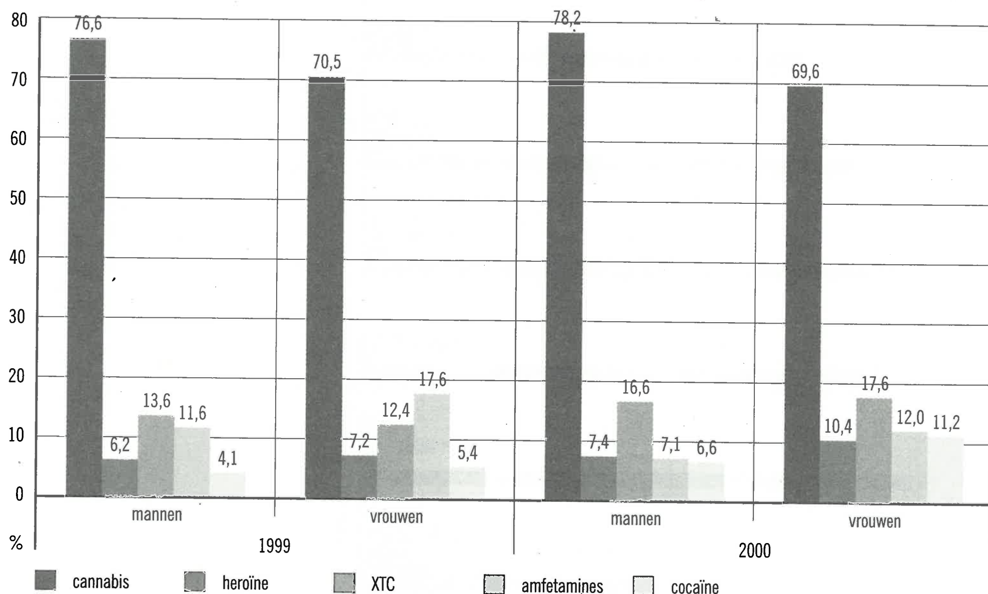


Bron: Doucet e.a., 2002

[108] De cijfers voor 1999 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001, p. 89).
[109] De gegevens voor XTC en amfetamines van het parket van Brussel zijn buiten beschouwing gelaten.

Cannabis is zowel bij de geverbaliseerde mannen als bij de geverbaliseerde vrouwen het meest geregistreerde product. Meer geverbaliseerde vrouwen dan mannen gebruiken amfetamines, heroïne en cocaïne (grafiek 12). 12,4% van de gebruikers gebruikt meerdere drugs.

Grafiek 12
Gebruikte producten naar sekse (1999[110] en 2000[111])



Bron: Doucet e.a., 2002

3.4.3 Veroordelingen in verband met drugmisdrijven

In 1996 werden in totaal 5.436 personen veroordeeld voor een misdrijf in verband met verdovende middelen en geneesmiddelen (Alberty e.a., 2001). Dat betekent dat er 10% meer personen zijn veroordeeld dan in 1995. In de meeste gevallen betreft de veroordeling het bezit van verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotrope stoffen (4.648 veroordeelde individuen). In verkoop deed zich echter de sterkste stijging voor in aantal veroordeelde individuen (+ 19%).
Net zoals voor de alcoholmisdrijven zijn de veroordeelden voor drugmisdrijven in hoofdzaak mannen (Alberty e.a., 2001). In totaal werden in 1996 4.360 mannen en 485 vrouwen veroordeeld voor een drugmisdrijf. Tegenover 1995 zien we dat in 1996 veel meer vrouwen zijn veroordeeld voor de delicten bezit en verkoop. Voor verkoop werden er 70% meer vrouwen veroordeeld dan in 1995. De meeste veroordeelden voor drugmisdrijven zijn jongeren tussen 18 en 24 jaar (N=2.354).

---

[110] Parket Brussel buiten beschouwing gelaten.
[111] De gegevens over amfetamines en XTC zijn exclusief het parket Brussel.

Soms wordt een straf of een veroordeling uitgesproken op basis van een combinatie van inbreuken van verschillende aard (Alberty e.a., 2001). In tabel 88 worden de combinaties van inbreuken weergegeven waar ook misdrijven met verdovende middelen bij voorkomen. In 368 gevallen gaan inbreuken met verdovende middelen samen met diefstal, in 131 gevallen is er een combinatie met een wapenmisdrijf en in 82 veroordelingsberichten komt een drugmisdrijf samen voor met diefstal met geweld of bedreiging.

Tabel 88
Veroordelingsberichten volgens de configuratie van inbreuken in overige misdrijven (1996)

configuratie van de inbreuken	aantal veroordelingsberichten
verdovende middelen	3.935
diefstal & verdovende middelen	368
wapens, munitie en springstoffen & verdovende middelen	131
diefstal met geweld of bedreiging & verdovende middelen	82

Bron: Alberty e.a., 2001

3.5 Misdrijven in verband met gokken

In 1996 werden 10 personen veroordeeld voor een misdrijf in verband met kansspelen en loterijen[112] (Alberty e.a., 2001). Het gaat om 7 mannen en 1 vrouw. Alle veroordeelden zijn ouder dan 30 jaar.

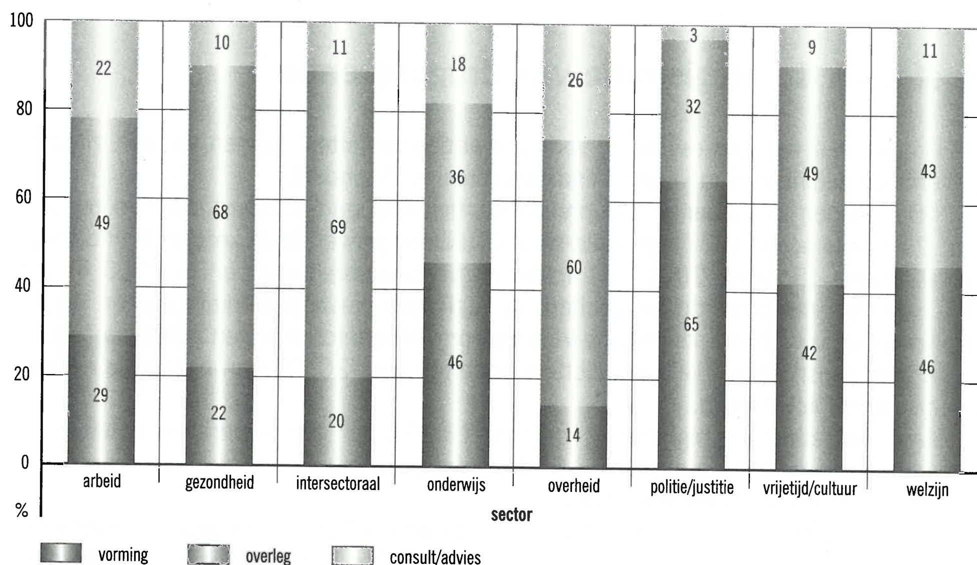
112 Daaronder valt een overtreding van de wet van 24.10.1902 (spelen), de wet van 31.12.1851 (loterijen), de wet van 06.07.1964 (nationale loterij) en de wet van 26.06.1963 (weddenschap op sportuitslagen).

DEEL 4
DRUGPREVENTIE

Hoofdstuk 1. Registratie van drugpreventie

Via Ginger, een registratiesysteem voor preventieactiviteiten, krijgen we een zicht op preventieve activiteiten in verschillende sectoren in Vlaanderen.
In 2000 werden in Ginger 5.354 preventieactiviteiten geregistreerd door 65 registrators: 21 lokale actoren, 22 regionale en 16 Vlaamse preventiewerkers en 6 onderwijsmedewerkers (Rosiers, 2001). De lokale preventieactoren stonden in 2000 in voor 26% van de geregistreerde activiteiten, de regionale preventiewerkers namen 30,4% van het totaal voor hun rekening, de Vlaamse preventieactoren waren goed voor 23,2% en de onderwijsmedewerkers ten slotte stonden in voor 20,4% van het totale aandeel geregistreerde activiteiten.
In totaal besteedden de registrators in 2000 13.934 uur aan preventieactiviteiten. De grootste tijdsinvestering ging naar 2.612 overlegactiviteiten, 1.927 vormingsactiviteiten en 815 consult/advies-activiteiten.
De sector onderwijs scoort met 44,2% van de activiteiten het hoogst. Intersectorale samenwerking staat op de tweede plaats met 15,9% van de activiteiten en in de gezondheidssector vond 11,9% van de preventieve activiteiten plaats. De andere sectoren (arbeid, overheid, politie/justitie, vrijetijd/cultuur, welzijn) scoren minder dan 10% van de activiteiten.
Overleg maakt het grootste deel van de activiteiten uit in de sectoren intersectoraal samenwerken (69%), gezondheid (68%) en overheid (60%) (grafiek 13). In vergelijking met 1999 is het aandeel van overleg gedaald in de sectoren vrijetijd en cultuur (van 57% naar 49%), welzijn (van 50% naar 43%) maar ook in de overheidssector (van 69% naar 60%). Overleg is in vergelijking met 1999 toegenomen in de sector arbeid (van 39% naar 49%) en gezondheid (van 58% naar 68%).
In de sector politie/justitie wordt een meerderheid van de activiteiten besteed aan vormingen (65%). In alle sectoren, behalve in de arbeids- en gezondheidssector, is het aandeel van de vormingsactiviteiten tegenover 1999 toegenomen. Consult en advies komt relatief meer voor in de sectoren overheid (26%), arbeid (22%) en onderwijs (18%) dan in de overige sectoren.

Grafiek 13
Percentueel aandeel activiteiten per sector (2000)



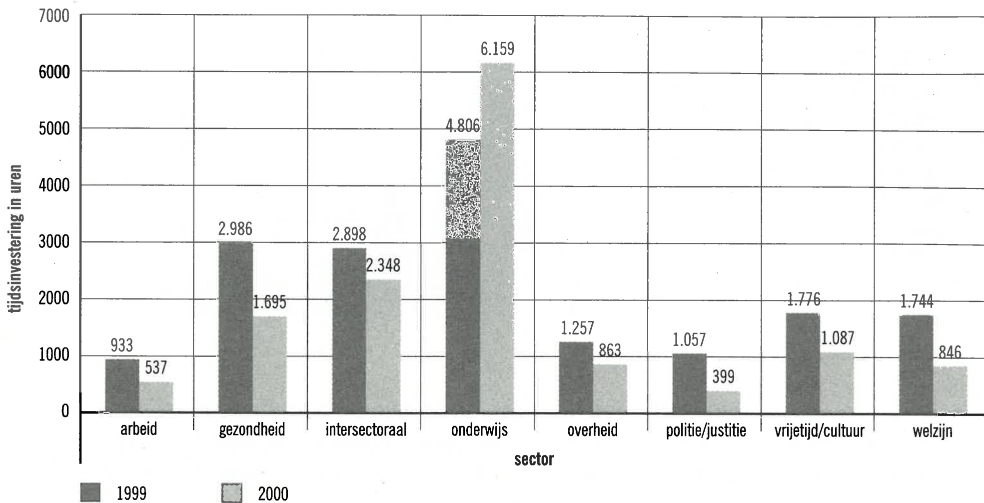
Bron: Rosiers, 2001, p.74

Net zoals in 1999 zijn intermediairen[113] met 41,8% veruit de belangrijkste doelgroep van preventieactiviteiten. In alle sectoren worden zij aanzienlijk bereikt. Cliëntsystemen worden in 2000 (28,7%) sterker bereikt dan in 1999 (22,6%). Zij komen het meest aan bod in de sectoren onderwijs, vrijetijd/cultuur en politie en justitie. Het bestuursniveau wordt in 2000 (15,3%) minder bereikt dan het jaar voordien (18,3%). Dit geldt ook voor de preventiewerkers (14,1% tegenover 16,8% in 1999).
De tijdsinvestering is in de meeste sectoren gevoelig gedaald. Er zijn minder geregistreerde activiteiten en daarnaast is de tijdsinvestering per activiteit eveneens gedaald. De tijdsinvestering is het grootst in de onderwijssector (6.159 uur) en is hier met 28,2% gestegen tegenover 1999 (grafiek 14)[114]. Intersectoraal werken staat met 2.348 uur op de tweede plaats qua tijdsinvestering. Aan de gezondheidssector werd in totaal voor 1.695 uur aan preventieactiviteiten besteed, wat een terugval betekent van 43,2% in vergelijking met 1999. Gemiddeld duurt een geregistreerde activiteit 2 uur en 36 minuten.

---

[113] Intermediairen zijn bijvoorbeeld hulpverleners, onderwijzend personeel, jeugdwerkers.
[114] Dit heeft voor een groot deel te maken met de groeiende groep registrators uit het onderwijs.

Grafiek 14
Tijdsduur van de geregistreerde activiteiten (2000)



Bron: Rosiers, 2001, p.22

De drie sectoren waar de meeste activiteiten worden geregistreerd en waarin de meeste tijd wordt geïnvesteerd, namelijk onderwijs, gezondheid en intersectoraal werken, bekijken we verder in detail.

71% van de activiteiten in het onderwijs gaat naar het secundair onderwijs (Rosiers, 2001, p.29-30) (tabel 89). TSO en ASO blijven de meest bereikte onderwijsvormen. 17,4% van de activiteiten heeft betrekking op het basisonderwijs, in hoofdzaak op het lager onderwijs. In 2000 vonden er nog steeds weinig activiteiten plaats naar het hoger onderwijs. Naar ouderverenigingen blijft het aantal activiteiten ook in 2000 opvallend laag.

Tabel 89
Aantal en percentueel aandeel van de activiteiten in het onderwijs (2000)

	N	%
basisonderwijs	430	17,4
secundair onderwijs	1.758	71,0
hoger onderwijs	102	4,1
koepels	20	0,8
ouderverenigingen	14	0,6
CLB	98	4,0
andere	53	2,1
(meerdere)	(83)	
totaal	**2.475**	**100,0**

Bron: Rosiers, 2001, p.29

De doelgroep van preventieactiviteiten in het onderwijs bestaat hoofdzakelijk uit leerlingen en intermediairen. In het onderwijs worden vooral vorming (46%) en overleg (35,7%) als preventieactiviteiten gebruikt. Vorming betreft dan attitude/informatie en informatieoverdracht, overleg gaat over uitwisseling/afstemming en werkgroepparticipatie.

In de gezondheidssector, de tweede meest bereikte sector, hadden de meeste activiteiten betrekking op de CGG (34,9%) (Rosiers, 2001, p.40-42). De activiteiten voor preventiewerkers (38,7%) en intermediairen (34%) zijn in de gezondheidssector het belangrijkst. Overleg komt in de gezondheidssector het vaakst voor (68,4%) en vorming komt op de tweede plaats met 21,9% van de activiteiten. Overleg betreft hier doorgaans uitwisseling/afstemming, concept/materiaalontwikkeling en voorbereiding. De meest voorkomende vormingsactiviteiten zijn voorbereiding en attitude/informatie.

De gezondheidssector (58,9%), de welzijnssector (56,3%) en de overheidssector (52,8%) nemen vaker deel aan intersectorale samenwerking dan de overige sectoren (Rosiers, 2001, p.46-48). De belangrijkste doelgroep van intersectorale samenwerking vormen de intermediairen en er gebeurt vooral overleg (uitwisseling/afstemming, werkgroepparticipatie, concept/materiaalontwikkeling en voorbereiding).

De geregistreerde preventieactiviteiten werden eveneens geanalyseerd op het niveau van de provincie *Vlaams-Brabant* (Rosiers en Vannijvel, 2002). In 2000 werden in de provincie Vlaams-Brabant 545 activiteiten geregistreerd door 21 registrators. 87% van deze activiteiten werd georganiseerd door preventiewerkers of onderwijsmedewerkers uit de provincie Vlaams-Brabant. Hierbij moet zeker opgemerkt worden dat niet alle preventieactiviteiten in de provincie Vlaams-Brabant in Ginger geregistreerd worden. De Logo's, sommige preventiediensten en de politiediensten bijvoorbeeld, registreren niet met Ginger.

De geregistreerde activiteiten per sector in Vlaams-Brabant kunnen vergeleken worden met Vlaanderen. Voor onderwijs en overheid zijn er echter verschillen. In Vlaams-Brabant gaat 40,9% van de activiteiten naar onderwijs, terwijl dit in Vlaanderen 51,1% van de activiteiten is. In Vlaams-Brabant worden veel meer dan in Vlaanderen

activiteiten naar de overheid gericht (14,3% tegenover 4,5%). De belangrijkste sectoren zijn zowel in Vlaams-Brabant als in Vlaanderen onderwijs en intersectorale samenwerking. De overheidssector komt in Vlaams-Brabant op de derde plaats terwijl activiteiten naar deze sector in Vlaanderen pas op de zesde plaats komen. De sectoren vrijetijd en cultuur, gezondheid en welzijn worden relatief weinig bereikt (tussen 6% en 9%). Activiteiten naar de sectoren arbeid (3,9%) en politie en justitie (1,1%) komen nog minder voor.

57,1% van de activiteiten is gericht op overleg. 32,6% wordt besteed aan vorming en 10,3% gaat naar consult en advies. Dit is vergelijkbaar met Vlaanderen. In de sectoren overheid, vrijetijd en cultuur, welzijn, arbeid en intersectorale samenwerking ligt de klemtoon op overleg. Vorming heeft een groot aandeel in de sectoren politie en justitie, onderwijs en gezondheid.

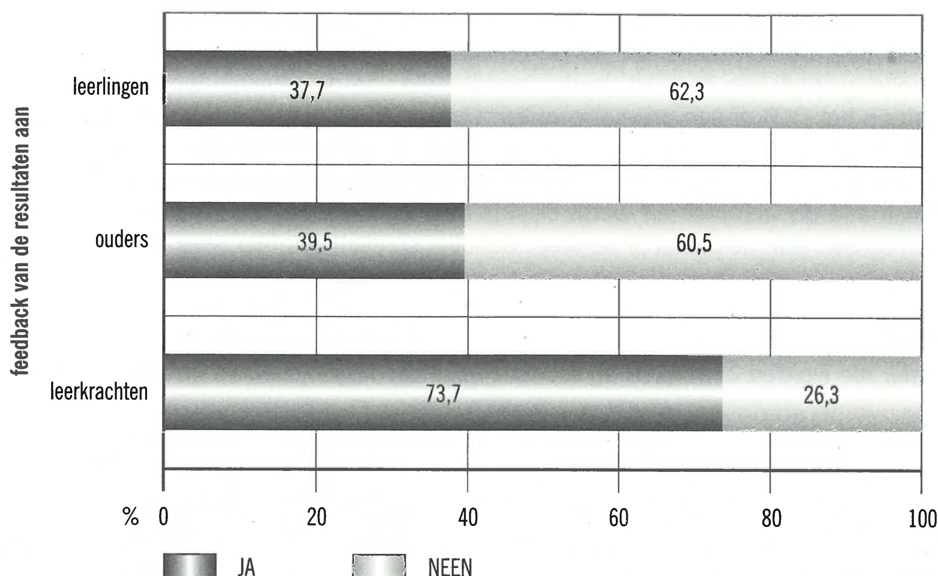
Intermediairen worden over het algemeen vrij goed bereikt. Vooral in de sectoren vrijetijd en cultuur, welzijn, politie en justitie en intersectorale samenwerking is dat het geval. In de sector arbeid zijn de meeste activiteiten gericht op het bestuursniveau. In de sector gezondheid wordt vooral met cliëntsystemen gewerkt. Aan preventiewerkers wordt veel aandacht besteed in de sector overheid.

Hoofdstuk 2. Evaluatie van drugpreventie

In januari 2002 werd de VAD-leerlingenbevraging drie jaar. Tussen januari 1999 en juni 2001 nam een derde van alle Vlaamse secundaire scholen de bevraging in het kader van een drugbeleid op school bij hun leerlingen af. Het gaat om 374 scholen en 173.281 leerlingen. De leerlingenbevraging van VAD stoelt op het concept 'Drugbeleid op school'. Om te kijken hoe het nu gesteld is met het drugbeleid in de Vlaamse secundaire scholen, werd samen met de vakgroep orthopedagogiek van de Universiteit Gent een evaluatiestudie opgezet.
In 220 scholen die tussen januari 1999 en juni 2000 deelnamen aan de VAD-leerlingenbevraging werd een persoon geïnterviewd die nauw betrokken was bij de bevraging van de leerlingen (Vanderplasschen e.a., 2001). In de meeste scholen was dit de directeur, de onderdirecteur of een vakleerkracht.
Uit deze bevraging blijkt dat 93% van de scholen die deelnemen aan de evaluatiestudie op zijn minst regels over drugs heeft. Twee vijfde daarvan heeft reeds langer dan vijf jaar minstens regels over drugs op school. Minder dan 7% van de participerende scholen heeft geen regels over drugs. De helft daarvan is, mede onder impuls van de leerlingenbevraging, wel bezig met de installatie van een drugbeleid.
Hoe het drugbeleid er concreet uitziet, verschilt uiteraard van school tot school. Opvallend is toch dat de meeste scholen kiezen voor preventie en vroeginterventie en in veel mindere mate voor repressie. Drie vierde van de scholen maakt gebruik van een reglement waarin regels en sancties over middelengebruik zijn vastgelegd. Duidelijke regels en afspraken vormen trouwens een belangrijke component van een drugbeleid. Bijna de helft van de scholen heeft een werkgroep 'drugs' of een begeleidingsaanbod, hoewel dit toch een grote investering van de school vraagt. Een derde heeft een educatief programma.
Ruim 2 scholen op 5 geven nog een andere invulling aan hun drugbeleid. In de meeste gevallen heeft men het dan over een 'stappenplan', dat vastlegt wat de school doet wanneer druggebruik of drugdealen wordt vastgesteld.

Uit onze evaluatiestudie blijkt dat vooral de leerkrachten van de resultaten van de bevraging op de hoogte worden gesteld (grafiek 15).

Grafiek 15
Feedback van de resultaten aan leerlingen, ouders en leerkrachten



Bron: Vanderplasschen e.a., 2001

Bijna drie vierde van de scholen deelde de resultaten al aan de leerkrachten mee. In de meeste overige scholen wordt dit zeker nog gepland. Heel wat minder scholen zorgden voor feedback aan leerlingen (37,7%) en ouders (39,5%). Van de scholen die het nog niet deden, is er wel een aantal die dat nog plant. Dat de school de resultaten van de bevraging niet aan de leerlingen meedeelt, heeft veelal te maken met het beperkt aantal leerlingen dat drugs gebruikt of met het feit dat de school deze informatie niet relevant vindt voor de leerlingen. Bovenal wil men geen slapende honden wakker maken. Ongeveer dezelfde redenen worden aangehaald voor het niet terugkoppelen van de resultaten naar de ouders.

Als de resultaten aan de leerlingen worden meegedeeld, gebeurt dat vooral via de leerlingenraad of via een bespreking in de les of in de klas. De bespreking gebeurt doorgaans grondig. De rol van de vriendengroep, de sfeer op school, leerlingenparticipatie, schoolreglement en regels, opvang en begeleiding van leerlingen of motieven van gebruik worden in zeker 50% van de scholen met de leerlingen besproken.
Om de informatiedoorstroom naar de ouders te verzekeren, bespreken de meeste scholen de resultaten op het oudercomité en 4 op 10 scholen organiseren een informatieavond voor alle geïnteresseerde ouders. Om de leerkrachten over de resultaten van de leerlingenbevraging te informeren, werden de resultaten meestal meegedeeld op een personeelsvergadering of werd het rapport ter inzage gelegd.
Waar scholen aan leerlingen en ouders veelal een globaal beeld van de resultaten willen meegeven, blijken ze zich in de communicatie met de leerkrachten nogal op het middelengebruik te concentreren.

Voor het overbrengen van de resultaten van de leerlingenbevraging naar de leerlingen en de ouders doen de meeste scholen een beroep op een externe persoon of dienst (tabel 90).
In de communicatie met de leerlingen mag ons dat enigszins verbazen omdat leerkrachten toch dé vertrouwenspersonen bij uitstek zijn om over deze materie met jongeren een gesprek aan te gaan. In de meerderheid van de gevallen wordt een beroep gedaan op het CLB of een preventiewerker. Opmerkelijker is dat 3 scholen op 10 zich voor de feedback aan de leerlingen op rijkswacht of politie[115] beroepen. Voor de communicatie met de ouders wordt er nog meer naar deze politiediensten gekeken. In de feedback aan de leerkrachten wordt slechts door de helft van de scholen een beroep gedaan op een externe dienst of persoon. Scholen spreken ook hier weer vooral het CLB aan.

Tabel 90
Externen die worden betrokken bij feedback aan leerlingen, ouders en leerkrachten[116]

betrokken externen	feedback aan leerlingen	feedback aan ouders	feedback aan leerkrachten
geen	28,3%	31,8%	49,0%
CLB	58,8%	39,6%	36,4%
preventiewerker	37,5%	31,8%	18,8%
JAC	15,0%	7,1%	4,0%
CGG	11,3%	9,1%	3,5%
drughulpverlener	12,5%	8,4%	7,1%
politie	11,3%	11,7%	7,1%
rijkswacht	19,4%	29,2%	11,1%
straathoekwerker	3,8%	1,3%	0,5%
(ex)-druggebruiker	17,5%	5,2%	2,5%
andere	31,3%	22,7%	15,2%

Bron: Vanderplasschen e.a., 2001

Voor de meeste scholen voldoet het rapport van de leerlingenbevraging aan de verwachtingen. Het is vlot leesbaar en het is bruikbaar voor de school.
Hoewel we er niet rechtstreeks naar peilden, blijkt uit de reacties dat scholen vragende partij zijn voor een regelmatige herhaling van de leerlingenbevraging. In veel scholen zette de leerlingenbevraging alvast een en ander in beweging: de ene school maakte werk van een drugbeleid, de andere school gebruikte de resultaten van de bevraging om het bestaande drugbeleid te optimaliseren.

115 Nu federale politie.
116 Scholen konden meer dan één externe persoon/instantie opgeven waarmee werd samengewerkt, vandaar dat het totaal verschilt van 100%.

Hoofdstuk 3. Drugpreventie in jeugdwerkingen met maatschappelijk achtergestelde jongeren

Door jongeren en jeugdwerkers in werkingen met maatschappelijk achtergestelde jongeren te bevragen, ging VAD na hoe werkingen voor maatschappelijk achtergestelde jongeren preventief werken voor alcohol- en andere drugproblemen. Participatie in het jeugdwerk blijkt een preventieve buffer te zijn voor het middelengebruik van de jongeren (De Donder e.a., 2001). Dat maatschappelijk achtergestelde jongeren in deze jeugdwerkingen terecht kunnen, is van onschatbare waarde. De motieven waarom jongeren naar deze werkingen gaan en blijven gaan, zijn dan ook ontzettend belangrijk. Algemeen kunnen we stellen dat vijf trefwoorden de essentie hiervan weergeven: ontmoeting, vriendschap, geborgenheid, hulp en amusement. Zowel andere jongeren als jeugdwerkers spelen een belangrijke rol in de waardering die jongeren hebben voor de jeugdwerkingen.

Voor veel jongeren is de jeugdwerking een tweede thuis. Ze voelen zich goed in het gezelschap van vrienden. Tussen de jongeren en de jeugdwerkers vormt er zich een sterke vertrouwensband. De jongeren weten ook dat ze met (bijna) alles bij de jeugdwerkers terechtkunnen. Het is belangrijk dat de jeugdwerkers hiervoor voldoende tijd maken. Omdat de vragen en problemen die gesteld worden soms zwaar kunnen wegen, heeft het team een ondersteunende rol voor de jeugdwerkers.
Door zich goed te voelen en het gevoel van samenhorigheid in de jeugdwerking groeit het zelfbeeld van de jongeren. In jeugdwerkingen worden vanuit een emancipatorisch kader samen met de jongeren allerlei activiteiten opgezet, begeleidingen opgenomen, verantwoordelijkheden gedeeld. Zo leveren de jeugdwerkingen zowel op maatschappelijk-structureel vlak als op het vlak van preventie van alcohol- en andere drugproblemen preventief werk.
Om de betrokkenheid van de jongeren te stimuleren, dienen jeugdwerkingen voldoende ruimte en aandacht te besteden aan inspraak en engagement van de jongeren. Jongeren zijn bereid om dit op te nemen, zolang ze het gevoel hebben dat er ook effectief rekening mee wordt gehouden. Aangezien jongeren het best de eigen leefwereld en interesses kennen en vaak een bron zijn van verfrissende ideeën, spreekt het voor zich dat dit potentieel wordt aangesproken.
In de werkingen is er meestal een breed activiteitenaanbod. 'Fun'-activiteiten zoals sport, fuiven, kickactiviteiten of creatieve ateliers en uitwisselingsprojecten zoals reizen of bezoeken aan andere jeugdwerkingen, waarderen de jongeren erg. Maar ook vormingsmomenten krijgen ruime appreciatie als ze op een aangepaste manier gebracht worden: in concreto betekent dit op een speelse, creatieve manier en over thema's die de jongeren bezighouden. Middelengebruik hoort hier zeker bij.

Middelengebruik is algemeen goed bespreekbaar in de jeugdwerkingen. De jongeren geven ook quasi unaniem aan dat ze bij een probleem van of vraag over middelengebruik eerst naar de jeugdwerkers gaan, omdat ze hen vertrouwen en ook weten dat ze de sociale kaart kennen.
Als er een complex alcohol- of drugprobleem opduikt, worden de zwakke punten van het preventief werken in jeugdwerkingen met maatschappelijk achtergestelde jongeren

blootgelegd. Nog veel jeugdwerkers ontberen kennis van en inzichten in middelengebruik en daaraan verbonden problemen. Daarenboven zijn de voorzieningen waar de werkingen een beroep op kunnen doen niet voldoende aangepast aan maatschappelijk achtergestelde jongeren.
Het informeren van jongeren door documentatie (folders, ...) biedt enkel voordelen als dit binnen een breder informatief kader geplaatst wordt, zoals bijvoorbeeld in een gesprek met een jeugdwerker. Het verstrekken van de folders zonder meer is niet aangeraden. De jongeren zijn misschien niet vertrouwd met de inhoud en het jargon van deze informatiebronnen.

Preventieactiviteiten over alcohol- en andere drugproblemen worden eerder zelden structureel opgenomen in de planning van de jeugdwerking. Toch is er onder de jongeren van elke bezochte werking een duidelijke interesse in dit soort activiteiten. Middelengebruik maakt op de ene of de andere manier deel uit van hun leefwereld.
De aanpak moet aantrekkelijk zijn voor de jongeren. Het mag niet schools zijn, maar kan eerder speels aangepakt worden. Creativiteit is nodig in plaats van voorspelbaarheid. De boodschap mag niet te eenzijdig (en) negatief zijn, maar zou beter genuanceerd aangebracht worden. De jongeren zijn zelf een goede bron van inspiratie voor het opzetten van zulke activiteiten.

DEEL 5
SAMENVATTING

Om de aard, de omvang en de spreiding van middelengebruik en gokken na te gaan, vertrekken we van officiële/administratieve statistieken, bevolkingsstudies, registratiestudies en onderzoek.
Een voordeel van de administratieve cijfers is dat ze op regelmatige basis, meestal jaarlijks, verzameld worden.
Na de 'Enquête sur les Belges et les drogues' (2000) werd de volledige bevolking niet meer op middelengebruik onderzocht. De recentste cijfers spitsen zich terug toe op schoolgaande jongeren. Schoolgaande jongeren zijn trouwens tot nu toe de enige groep waarbij het middelengebruik systematisch wordt onderzocht. Uiteraard verdient dat aanbeveling maar een aantal groepen, die misschien wel meer risico lopen op middelenmisbruik, vallen zo echter uit de boot.
Een andere dankbare doelgroep voor onderzoek over middelengebruik zijn de cliënten van (drug)hulpverleningsinstellingen. Bij deze doelgroep wordt gretig geregistreerd en in 2000-2001 is er in die sector heel wat onderzoek gebeurd.
Opvallend is ook dat we in dit jaarboek terug kunnen berichten over kwalitatief onderzoek. Met het oog op het inschatten van de aard en de omvang van de drugproblematiek en op het evalueren van de hulpverlening zijn kwalitatieve onderzoeksgegevens een noodzakelijke aanvulling op kwantitatieve gegevens.

Voor de periode 2000-2001 zijn heel wat cijfers beschikbaar die middelengebruik in de maatschappij verduidelijken. Voor alcohol en medicatie brengen we de markt in kaart van de productie, in- en uitvoer, afname en tewerkstelling. Voor illegale drugs gaan we hiervoor uit van de inbeslagnames.
Voor de periode waarover we spreken, weiden we ook uit over de meningen die mensen hebben over drugs en druggebruik. Daartegenover plaatsen we hun gebruikspatroon. De recentste cijfers geven een indicatie van het middelengebruik van jongeren maar niet van volwassenen.
De gevolgen van middelengebruik situeren zich op drie terreinen. Enerzijds op het vlak van gezondheid waar overmatig middelengebruik aanleiding kan geven tot ziektes of overlijden. Problematisch middelengebruik kan ook leiden tot een vraag naar hulp. Ten slotte kan men door drug- en alcoholmisdrijven geconfronteerd worden met de werking van ons justitieel apparaat. Om dit alles te voorkomen is preventie aangewezen. Hoewel er in Vlaanderen heel wat gerealiseerd wordt op het gebied van preventie wordt dit weinig gekwantificeerd. Enkel de Gingerregistratie geeft een beeld van preventieactiviteiten in Vlaanderen. Dit wordt aangevuld met onderzoeks- en registratiegegevens.

We zetten de opvallende bevindingen over alcohol, psychoactieve medicatie, illegale drugs, gokken en preventie uit de diverse geciteerde bronnen op een rij en geven de voor ons opvallende lacunes in het cijfermateriaal aan.

Alcohol

markt

De productiecijfers van alcohol zijn niet consistent. Afhankelijk van de geraadpleegde bron komen we heel andere waarden tegen. Uitgaande van de NIS-statistieken produceerde België in 2000 1,5 miljard liter bier en 7 miljoen liter sterke drank. Bier is een belangrijk exportproduct. In 2000 voerde België meer dan een half miljard liter bier uit. Belgische gezinnen geven op jaarbasis nochtans meer uit aan wijn en aperitieven dan aan bier. Bier wordt echter het meest gedronken. Per hoofd van de bevolking werd in 2000 gemiddeld 98,2 liter bier, 20 liter wijn en 3,4 liter sterke drank gedronken. Dit komt neer op 8,4 liter alcohol in totaal, waarmee België de veertiende plaats op wereldvlak inneemt inzake alcoholconsumptie. De totale gemiddelde consumptie van alcohol blijft daarmee in 2000 op hetzelfde niveau van 1999. De wijnconsumptie bleef in vergelijking met 1999 stabiel en de consumptie van bier ging licht achteruit. Het verbruik van sterke drank is echter met 7% toegenomen. Toch scoort België nog opvallend lager dan Nederland, Frankrijk en Duitsland op het drinken van sterke drank.

gebruik

Driekwart van de leerlingen in het secundair onderwijs dronk het afgelopen jaar alcohol. 31% deed dit minstens wekelijks. Alcoholgebruik stijgt uiteraard met de leeftijd en meer jongens dan meisjes drinken alcohol. Jongens drinken ook frequenter.
Het consumeren van grotere hoeveelheden alcohol komt vooral voor bij de oudere jongens uit het BSO. 17% van hen dronk de laatste week minstens 20 alcoholische drankjes en 10% deed dat ook de laatste keer dat ze alcohol dronken. 5% van de late adolescenten (19 tot 22 jaar) drinkt dagelijks alcohol. Van de studenten die via de StudentStart enquête zijn bevraagd, drinkt 18,5% dagelijks alcohol.
Bier en alcopops worden het vaakst gedronken. 25% van de jongens en 13% van de meisjes drinkt wekelijks bier. Onder de 17- tot 18-jarige jongens zijn er 57% wekelijkse bierdrinkers, 7% drinkt dagelijks bier. In het BSO drinkt 13% van de jongens dagelijks bier.
Een kwart van de 12- tot 15-jarigen is al minstens eenmaal dronken geweest het voorbije jaar.

verkeer

De negatieve gevolgen van alcoholgebruik manifesteren zich sterk op het vlak van de verkeersongevallen. Waar er in 1999 bij 8,1% van de ongevallen sprake is van alcoholgebruik is dat in 2000 gestegen tot 8,5%. Bij ongevallen met doden of gewonden is in 2000 in 10,2% van de gevallen één van de bestuurders onder invloed van alcohol. Ook hier zien we een lichte toename tegenover 1999 (9,9%). De meeste ongevallen zijn echter niet te wijten aan overmatig alcoholgebruik. In de leeftijdsklassen 30 tot 39 jaar en 40 tot 49 jaar zijn het meest bestuurders onder invloed te vinden. Van de bestuurders tussen 18 en 24 jaar die betrokken waren in een ernstig ongeval is 6,9% onder invloed van alcohol.

sterfte

Chronisch alcoholgebruik heeft ook consequenties voor de individuele gezondheid van de drinker. Leverziekte is de meest voorkomende doodsoorzaak als gevolg van alcoholgebruik. In 1999 stierven 223 Vlaamse mannen en 87 Vlaamse vrouwen aan deze ziekte. Het gaat vooral om levercirrose. Bij 86 mannen en 24 vrouwen wordt de doodsoorzaak in verband gebracht met psychische stoornissen en gedragsstoornissen als gevolg van alcoholgebruik, bijvoorbeeld alcoholafhankelijkheid.

hulpverlening

6% van de Belgische bevolking kan gedefinieerd worden als een probleemdrinker, en drinkt dagelijks minstens 6 (mannen) of 4 (vrouwen) glazen alcohol. Het gaat om 500.000 personen boven de 15 jaar.
16% van de cliënten in begeleid zelfstandig wonen heeft een alcoholprobleem.
De gespecialiseerde hulpverlening zag in 1999 7.578 personen die alcohol gebruiken. Dat is bijna het dubbele aantal van 1998. Het gaat om bijna de helft (49,1%) van de cliënten in de instellingen waarvan de registratiegegevens worden opgenomen. Alcohol is dan ook het meest geregistreerde product bij personen met middelengerelateerde problemen in de hulpverlening. Voor 88,1% van de alcoholgebruikers is alcohol tevens het voornaamste product waarvoor ze in behandeling zijn. Een derde van deze drinkers zijn vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 41 jaar.
In de provincie Vlaams-Brabant gebruikt 56,8% van de cliënten alcohol als voornaamste product.
Bij de DrugLijn ging in 2000 en 2001 19% van de gesprekken over alcohol.

justitie

Rijden onder invloed is strafbaar vanaf een alcoholgehalte van 0,5‰ in het bloed. De federale politie vond in 2000 9% van de bestuurders positief bij een alcoholcontrole. Met eindejaar 2001/2002 werden 7,9% positieve tests afgenomen. Dat is 1,3% meer dan tijdens eindejaar 1999/2000 hoewel het percentage afgenomen tests met 42% is gedaald. In de loop van het jaar testen meer personen positief dan gedurende de eindejaarsperiode. In beide periodes vertonen de meeste positieve tests een alcoholgehalte van meer dan 0,8‰.
Bij een aselecte alcoholcontrole van het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid in samenwerking met rijkswacht en gemeentepolitie in 2000 had 8,3% een alcoholgehalte boven de wettelijke limiet. Degenen die minstens 0,8‰ bliezen, zijn mannen tussen 26 en 54 jaar met passagiers.

In 2000 verbaliseerden de politiediensten 9.423 alcoholmisdrijven. Het gaat dan vooral om openbare dronkenschap (9.056 misdrijven). In 1996 werden 2.617 personen veroordeeld voor openbare dronkenschap. 25.001 personen werden toen veroordeeld voor dronkenschap in het verkeer. Tegenover 1995 is dat een stijging van 40%. Intoxicatie en dronkenschap in het verkeer gaan vaak samen met zware verkeersovertredingen. In zeer veel gevallen gaan intoxicatie en dronkenschap in het verkeer en zware verkeersovertredingen ook nog eens samen met opzettelijke slagen en verwondingen of met vluchtmisdrijf.

Psychoactieve medicatie

markt

Nog meer dan alcohol exporteert België geneesmiddelen. De farmaceutische verwerkende nijverheid zorgt dan ook voor heel wat tewerkstelling. De verkoop van medicatie is enorm. Met ons allen kochten we in 2000 meer dan 30 miljoen vrij verkrijgbare pijnstillers. Maar ook de verkoop van kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen (vooral benzodiazepines) ligt enorm hoog. In 2000 werden 14 miljoen verpakkingen van deze geneesmiddelen verkocht. We zien dat de voorschriften vooral gegeven worden aan relatief oudere vrouwen (65-plussers en 40- tot 54-jarigen). Een goeie 50.000 voorschriften voor slaap- en kalmeringsmiddelen waren bestemd voor meisjes jonger dan 20 jaar. De verkoop van antidepressiva en van psychostimulantia zit duidelijk in de lift. In 2000 werden 5,7 miljoen eenheden van antidepressiva verkocht. In vergelijking met 1999 is de verkoop met 7,6% gestegen. Psychostimulantia vormen qua verkoop de kleinste groep onder de psychoactieve medicatie met 388.300 verkochte eenheden in 2000. Nochtans is de verkoop van deze producten in 2000 met bijna 20% gestegen. Deze toename heeft vooral te maken met het grote succes van Rilatine®. De verkoop van dit product verviervoudigde op een jaar tijd.
Toch gaat er in het huishoudbudget, in vergelijking met de uitgaven voor alcohol, niet zo'n groot bedrag naar geneesmiddelen. Gemiddeld wordt 10.000 BEF per jaar aan medicatie uitgegeven. Het ligt voor de hand dat ouderen en gepensioneerden het meest uitgeven aan medicijnen.

gebruik

In het secundair onderwijs gebruiken meer meisjes dan jongens medicatie. 59,7% van alle leerlingen nam het afgelopen jaar medicatie. Leerlingen uit het BSO nemen regelmatiger dan leerlingen uit het ASO of TSO medicatie. Medicatiegebruik neemt ook toe met de leeftijd.
Wanneer andere geneesmiddelen dan lichte pijnstillers worden genomen, nemen jongeren ze vaker regelmatig, dit wil zeggen minstens wekelijks.
In Vlaams-Brabant nam 1 jongere op 20 het voorbije jaar kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen of opwekmiddelen. Regelmatig gebruik van kalmeringsmiddelen komt bij meisjes en jongens even vaak voor terwijl regelmatig gebruik van slaapmiddelen meer bij meisjes voorkomt. Opwekmiddelen worden meer door jongens dan door meisjes genomen en jongens nemen ze ook frequenter.

sterfte

Ieder jaar sterven mensen al dan niet opzettelijk door medicatiegebruik. In 1999 vergiftigden 26 mannen en 23 vrouwen zichzelf opzettelijk met behulp van medicatie (anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen).

hulpverlening

In 6% à 7% van de gesprekken die de DrugLijn voert, komt medicatie aan bod.
In de Vlaamse Registratie Middelengebruik zijn gegevens opgenomen over het gebruik

van benzodiazepines. 1.195 personen die zich tot de gespecialiseerde hulpverlening wenden, gebruiken benzodiazepines. Dit is 8% van de totale populatie met middelengerelateerde problemen in de Vlaamse Registratie Middelengebruik. Bij twee vijfde van de gebruikers van deze producten zijn benzodiazepines ook het hoofdproduct waarvoor ze in behandeling zijn. In tegenstelling tot de groep gebruikers van alcohol en illegale drugs, waarvan mannen telkens de meerderheid vormen, zien we onder de gebruikers van benzodiazepines een gelijk aandeel mannen (52,6%) en vrouwen (47,4%). De gemiddelde leeftijd van de benzodiazepinegebruiker in de hulpverlening is 38 jaar.
In de provincie Vlaams-Brabant is 10% van de geregistreerde cliënten omwille van medicatiegebruik in behandeling. Het gaat dan zowel om het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen als om andere medicatie. Deze cliënten zijn vooral terug te vinden in de PAAZ. Bijna drie vierde van de medicatiegebruikers zijn hier vrouwen.

Illegale drugs

markt

Cannabis is in de hele Europese Unie het meest in beslag genomen product. Dit is voor België niet anders. De laatste jaren steeg in Europa het aantal vangsten van cocaïne. Ook in België werd in 2000 een grote hoeveelheid cocaïne in beslag genomen. Daarnaast waren er een groot aantal vangsten van XTC. Op de illegaledrugmarkt kost cocaïne het meest (1.700 à 2.600 BEF per gram) en cannabis het minst (160 à 300 BEF per gram). Jongeren komen in hun leefomgeving met illegale drugs in contact. 22,2% van alle jongeren tussen 12 en 18 jaar die VAD in het kader van de leerlingenbevraging enquêteerde, komt minstens één keer per week op plaatsen waar illegale drugs worden gebruikt of verkocht.

meningen

88,2% van de studenten die de StudentStart enquête invulden, is tegen de legalisering van harddrugs. 80,4% van de studenten is van mening dat cannabis voor medisch gebruik toegelaten zou moeten worden en verkrijgbaar zou moeten zijn in apotheken.

gebruik

15,5% van de Vlaamse leerlingen in het secundair onderwijs gebruikte het afgelopen jaar illegale drugs. Het percentage illegaledruggebruikers stijgt gestaag met de leeftijd: van 5,6% bij de 12- tot 14-jarigen over 19,3% bij de 15- tot 16-jarigen tot 27,4% bij de 17- tot 18-jarigen. Het gaat dan vooral om cannabisgebruik. 5,1% van de leerlingen gebruikte het afgelopen jaar minstens eenmaal per week cannabis en 9,6% deed dit minder vaak.
Naast hasj zijn vooral amfetamines en XTC populair, in het bijzonder bij de jongens uit het BSO. 6% van de jongens uit het BSO gebruikte de afgelopen maand amfetamines of XTC.
Uit de StudentStart drugsenquête komen hogere cijfers naar voor. De helft van de studenten gebruikt cannabis, 8,5% doet dat wekelijks en 19,5% meerdere keren per week. 9,1% van de studenten gebruikt XTC en 4,9% gebruikt hardere drugs zoals cocaïne of heroïne.

Jongeren gebruiken illegale drugs vooral voor de kick en om stoer te doen.

dealen

Uit een aantal onderzoeken zien we in welke mate drugdealen een realiteit is onder jongeren. In Vlaams-Brabant dealt 1 jongen op 10. Het gaat dan om jongens tussen 16 en 22 jaar. Ook in Antwerpen zou 10% van de jongens van dezelfde leeftijd drugs verkopen.

gezondheid

De levenswijze van illegaledruggebruikers en de toedieningswijze van bepaalde producten houdt in dat zij meer kans lopen op onder andere HIV-besmetting. In 2000 is 6,6% van alle seropositieven bij wie de overdrachtswijze gekend is waarschijnlijk met HIV besmet via injecterend druggebruik (495 personen). Vooral bij jongeren is de virusoverdracht via druggebruik belangrijk in vergelijking met de andere mogelijke overdrachtswijzen. Op 31 december 2000 is 17% van de geïnfecteerden tussen 15 en 24 jaar waarschijnlijk met HIV besmet via injecterend druggebruik. Meer vrouwen (19,3%) dan mannen (16,1%) tussen 15 en 24 jaar zeggen besmet te zijn door injecterend druggebruik. Ook in de andere leeftijdscategorieën zijn er telkens meer vrouwen dan mannen waarschijnlijk besmet door drugs te injecteren.

sterfte

Over overlijdens als gevolg van een overdosis illegale drugs kunnen we geen exacte uitspraken doen. Op basis van de Vlaamse statistiek van de doodsoorzaken zouden er in 1999 34 mannen en 7 vrouwen overleden zijn als gevolg van psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van illegale drugs.

hulpverlening

4 op 10 oproepen van de DrugLijn handelen over cannabis. Het aantal vragen over amfetamines is tegenover 1999 gedaald van 23% naar 15% in 2000 en 12% in 2001. Vragen over XTC zijn stabiel gebleven (10%).

In 1999 werden via de VRM 2.250 personen geregistreerd die heroïne gebruiken. Dit is 14,6% van de totale populatie cliënten in de hulpverleningsinstellingen waarvan de registratiegegevens worden opgenomen. Bij 80,1% is heroïne het voornaamste product waarvoor ze in behandeling zijn. De meeste heroïnegebruikers zijn mannen (78,5%). De gemiddelde leeftijd van de heroïnegebruiker die in behandeling is, is bijna 28 jaar. 2.257 personen in de VRM zijn cocaïnegebruikers (dit is 14,6% van de totale geregistreerde populatie). Ruim een derde van de cocaïnegebruikers gebruikt als eerste product cocaïne. Vier vijfde van de cocaïnegebruikers is man. De gemiddelde leeftijd van de cocaïnegebruiker in de hulpverlening is 27 jaar.
2.588 personen deden in 1999 een beroep op de hulpverlening omwille van problemen met amfetaminegebruik. Dit is 16,8% van de totale populatie cliënten. Bij de helft van de amfetaminegebruikers zijn amfetamines ook het eerste gebruikte product. De amfetaminegebruikers zijn vooral mannen (74,8%). De amfetaminegebruikers vormen een jonge groep hulpzoekenden. De gemiddelde leeftijd van de amfetaminegebruiker is

24 jaar en hij/zij startte het gebruik gemiddeld op 17,5 jaar. 63,9% van deze groep is jonger dan 25 jaar. De meesten zijn tussen de 15 en 24 jaar oud.
Van de illegale middelen is cannabis het product dat door de meeste personen in de hulpverlening wordt gebruikt. 2.426 personen opgenomen in de VRM gebruiken cannabis als voornaamste product (15,7% van de totale populatie cliënten in de bestudeerde hulpverleningsvormen). 74,8% is tussen 15 en 24 jaar oud.

In de periode 1980-1999 hebben 15.250 verschillende patiënten een revalidatieprogramma gevolgd in een RIZIV-revalidatiecentrum. Tegenover 1996 is het aantal patiënten verdrievoudigd, wat vooral te maken heeft met de oprichting van de MSOC's die een groot aantal patiënten ambulant kunnen begeleiden. De meerderheid van de patiënten is slechts in één RIZIV-centrum in behandeling geweest, wat ingaat tegen het beeld dat verslaafden 'shoppen' in de verslaafdenzorg. Driekwart van de patiënten revalideert op maximum twee jaar. Ambulante patiënten hebben daar wel meer jaren voor nodig. De groep gerevalideerde patiënten is relatief jong, de gemiddelde leeftijd voor de hele groep is 27,9 jaar, en bestaat voor driekwart uit mannen. 56% van de gerevalideerde verslaafden woonde in het arrondissement Brussel, Antwerpen, Luik, Charlerloi of Gent. Oostende is het arrondissement met het hoogste aantal gerevalideerde verslaafden per 10.000 inwoners.

Uit de registratie van de instroom in de drughulpverlening in Oost-Vlaanderen blijkt eveneens dat de cliënten vrij jong zijn. Driekwart is man. De problematiek van de cliënten betreft vooral gebruik en afhankelijkheid van opiaten, cocaïne, cannabis en amfetamines. In een tweede registratieperiode in Oost-Vlaanderen worden 4% 'draaideurcliënten' geregistreerd, wat wil zeggen dat ze in ten minste drie voorzieningen op intakegesprek zijn geweest. In vergelijking met de andere cliënten zijn draaideurcliënten al vaker reeds in behandeling geweest in de voorziening waar ze voor een intakegesprek komen, ze hebben al vaker drugs geïnjecteerd en ze zijn vaker afhankelijk van opiaten.
In de totale groep cliënten uit de tweede registratieperiode zijn vrouwen oververtegenwoordigd in de jongste leeftijdscategorieën en in de groep ouder dan 40 jaar. Vrouwen zijn ook vaker afhankelijk van sedativa en hypnotica. Er is ook een verband tussen het gebruikte product en de leeftijd. Amfetamineafhankelijkheid komt het meest voor bij 18- tot 24-jarigen en vooral in combinatie met cocaïne, cannabis en XTC. Afhankelijkheid van opiaten wordt vooral vastgesteld bij de 25- tot 39-jarigen.
In 1999-2000 liep in Oost-Vlaanderen een proefproject voor de implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening. Met de meeste cliënten ging het na een jaar beter op het vlak van arbeid, opleiding, inkomen of gezondheid, maar de meesten schrijven dit toe aan de behandeling die ze volgden en niet aan het case management op zich.

In de provincie Vlaams-Brabant is voor 6,9% van de cliënten die de hulpverlening consulteren cannabis het voornaamste product. 17% van de cliënten gebruikt opiaten, stimulantia, vluchtige snuifmiddelen en andere psychoactieve drugs.

In 2001 werd de werking van de 8 recent opgerichte MSOC's geëvalueerd. De cliënten van de MSOC's zijn doorgaans tussen 20 en 34 jaar. Opiaten zijn voor 70% van

de cliënten het voornaamste product. Of er een methadonbehandeling gevolgd wordt, wordt echter niet systematisch geregistreerd.

De EuropASI gegevens die De Sleutel analyseerde, geven aan dat voor 3 op 10 cliënten cannabis het voornaamste product is waarvoor ze in behandeling zijn. Polydruggebruik komt op de tweede plaats. 31% van de cliënten heeft ooit in zijn leven gespoten, 15% deed dat ook de afgelopen 6 maanden. 7% van de cliënten heeft ooit een delirium tremens gehad en 20% had ooit een overdosis. 47% was nog nooit in behandeling voor illegaledrugproblemen. Meer dan de helft komt volledig vrijwillig in behandeling. Uit de EuropASI-screening blijkt dat cliënten het meest last ervaren van hun druggebruik. Daarna volgen justitiële en psychisch-emotionele problemen. Het ervaren van last hangt nauw samen met de behoefte aan hulp op die gebieden. De hulpverlener legt doorgaans andere prioriteiten. Voor hem zijn druggebruik, familie en sociale relaties en psychisch-emotionele gezondheid prioritair.

Voor het eerst werd onderzocht of druggebruikers tevreden zijn over het hulpverleningsaanbod. De bevraagde druggebruikers waarderen de onvoorwaardelijke hulp en de tolerante houding van de hulpverleners. Maar er zijn ook heel wat bedenkingen die te maken hebben met zorg op maat, respect en vertrouwen, aandacht voor druggerelateerde problemen, wachtlijsten, motivatie van hulpverleners, nazorg, ...

De helft van de bevraagde hulpverleners uit de drughulpverleningssector meent dat het voor alcohol- of druggebruikers waarschijnlijk moeilijker is om te stoppen met roken dan voor niet-gebruikers. Driekwart geeft alcohol- of druggebruikers minder kans om te stoppen met roken dan niet-gebruikers. Een meerderheid van de hulpverleners uit de drughulpverleningssector (57,4%) vindt het trouwens nooit aangewezen dat iemand die in behandeling is voor alcohol- of drugproblemen zou stoppen met roken. Meer dan driekwart van de drughulpverleners zou ook nooit iemand in behandeling aanzetten om te stoppen met roken. Nochtans denken 6 op 10 drughulpverleners dat het wel interessant zou zijn om een rookstopprogramma te ontwikkelen. Het bestaan van een rookstopprogramma verhoogt bij de hulpverleners de kans om effectief te werken aan het rookgedrag van de cliënt.

justitie

In 2001 voerden de provinciale verkeerseenheden 42 drugcontroles uit op de weg. Daarbij werden 202 urinetesten en 118 bloedproeven afgenomen. In de provincie Antwerpen werden in het kader van de WODCA-acties bestuurders op het gebruik van illegale drugs gecontroleerd. 4 op 10 bestuurders testen positief op illegaal druggebruik. De meesten zijn tussen 18 en 24 jaar oud en in 6 op 10 van de gevallen gaat het om XTC-gebruik.

In 2000 registreerde de federale politie 40.561 misdrijven in verband met verdovende middelen. In 2000 werden 13,7% minder misdrijven in verband met gebruik van verdovende middelen geverbaliseerd tegenover in 1999.
De federale politie verbaliseerde in 2000 23.250 personen. Dit is een daling van 9% tegenover 1999. De processen-verbaal zijn vooral opgemaakt voor druggebruik en in

mindere mate voor drughandel. In de helft van de gevallen wordt een proces-verbaal opgesteld omwille van cannabisproducten. In de verkoopsdelicten valt dan weer het aandeel van stimulerende middelen op. De meeste daders van drugdelicten zijn meerderjarige mannen. De grootste groep geverbaliseerde cannabisgebruikers is tussen 18 en 20 jaar. Een vijfde van de geverbaliseerden omwille van gebruik of bezit van cannabis is tussen 15 en 17 jaar oud. De risicogroep die het meest geverbaliseerd wordt voor het gebruik van cannabis of stimulantia is tussen 15 en 26 jaar. De cocaïne- en heroïnegebruikers waarvan de politiediensten een proces-verbaal opstellen zijn doorgaans ouder, namelijk tussen 30 en 35 jaar oud.

Bij de parketten is het aandeel geregistreerde druggebruikers in 2000 net zoals in 1999 het grootst in de leeftijdscategorie 18 tot 20 jaar (31,6%). De jongeren tussen 21 en 24 jaar vormen de tweede grootste groep (29%). 3,3% is jonger dan 16 jaar en 15,5% is ouder dan 29 jaar. Ook in 2000 gebruiken de meeste geverbaliseerde personen cannabis (77,4%). XTC en amfetamines worden door respectievelijk 14,3% en 14,6% van de geregistreerden gebruikt.

In 1996 werden 5.436 personen veroordeeld voor een misdrijf in verband met verdovende middelen en geneesmiddelen. Dat betekent dat er 10% meer personen zijn veroordeeld dan in 1995. In de meeste gevallen betreft de veroordeling het bezit van verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotrope stoffen. In verkoop deed zich echter de sterkste stijging voor in aantal veroordeelde individuen (+ 19%). De veroordeelden voor drugmisdrijven zijn meestal mannen, maar tegenover 1995 zien we dat in 1996 veel meer vrouwen zijn veroordeeld voor de delicten bezit en verkoop. Voor verkoop werden er zelfs 70% meer vrouwen veroordeeld dan in 1995. De meeste veroordeelden voor drugmisdrijven zijn jongeren tussen 18 en 24 jaar.
Inbreuken met verdovende middelen gaan vaak samen met diefstal, een wapenmisdrijf of met diefstal met geweld of bedreiging.

Gokken

frequentie

Jongeren spelen niet zo vaak voor geld. Ze spelen vooral met de Lotto en op gokautomaten. Gokken is meer een jongens- dan een meisjeszaak. Uit de bevraging in Vlaams-Brabant blijkt dat de behendigheidsspelen zoals flipperkasten en videospelen het populairst zijn. Jongens tussen 16 en 18 jaar spelen er het vaakst op, 1 op 10 zelfs wekelijks of vaker.

hulpverlening

In België zouden er 100.000 problematische gokkers zijn, van wie er 20.000 pathologisch gokken. De laatste jaren ziet de hulpverlening de cliënten met een gokprobleem jonger worden. Bij de CAD Limburg is 3,4% van de hulpzoekenden met een gokprobleem jonger dan 18 jaar en 20,5% is tussen 18 en 24 jaar. In de CGG's in Vlaanderen en de Nederlandstalige CGG's in Brussel is de groep 15- tot 19-jarigen in 1999 tegenover 1998 verdubbeld.

justitie

In 1996 werden 10 personen veroordeeld voor een misdrijf in verband met kansspelen en loterijen. Alle veroordeelden zijn ouder dan 30 jaar.

Preventie

registratie

Preventie betekent vooral overleg en vormingsactiviteiten. In het onderwijs gebeuren de meeste preventieactiviteiten. 71% van de activiteiten in het onderwijs gaat naar het secundair onderwijs en dan vooral naar het TSO en het ASO. In het hoger onderwijs en naar ouderverenigingen vinden nog steeds weinig preventieactiviteiten plaats.
In Vlaams-Brabant worden veel meer dan in Vlaanderen activiteiten naar de overheid gericht (14,3% tegenover 4,5%).

evaluatie

Van de VAD-leerlingenbevraging, die in 2002 drie jaar loopt, werd in een evaluatie-onderzoek nagegaan in welke mate scholen met de resultaten aan de slag gaan. Bijna drie vierde van de scholen deelde de resultaten van de leerlingenbevraging in hun school al aan de leerkrachten mee. Heel wat minder scholen zorgden voor feedback aan leerlingen (37,7%) en ouders (39,5%). Voor het overbrengen van de resultaten van de leerlingenbevraging naar de leerlingen en de ouders doen de meeste scholen een beroep op een externe persoon of dienst.

maatschappelijk achtergestelde jongeren

Preventieactiviteiten over alcohol- en andere drugproblemen worden zelden structureel opgenomen in de planning van jeugdwerkingen voor maatschappelijk achtergestelde jongeren. Door de vertrouwensfiguren die de jongeren in de werking ontmoeten (vrienden en jeugdwerkers) en het emancipatorisch werken kan de werking een preventieve buffer zijn voor het middelengebruik van jongeren.

Missing links

In België blijft onderzoek naar legale en illegale middelen een verwaarloosd terrein. Nochtans is wetenschappelijk onderzoek een noodzakelijke pijler voor het uitbouwen van een drugbeleid. De laatste jaren werden echter een aantal grootschalige onderzoeken afgerond (evaluatie MSOC's) of opgezet (epidemiologisch onderzoek over heroïnegebruik - BIRN) en werd ook op lokaal niveau waardevol onderzoek verricht. Het onderzoek concentreert zich echter op problematische druggebruikers in de hulpverlening.
Een aanvulling daarop vormen de bevragingen van de leerlingen in het secundair onderwijs. Over de tussengroep van niet-problematisch middelengebruikende (jong)volwassenen of problematische druggebruikers die niet in de hulpverlening zijn opgenomen, zijn geen cijfer- of onderzoeksgegevens voorhanden.

Gebruikspatronen, hoewel zeer belangrijk vanuit het oogpunt van preventie en behandeling, komen te weinig aan bod in onderzoek. Daardoor missen we een beeld van belangrijke genderverschillen of verschillen tussen leeftijdsklassen in patronen van middelengebruik en de context van gebruik. Ook over patronen van polydruggebruik weten we weinig, denken we maar aan het samen gebruiken van alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen, alcohol en tabak of alcohol en GHB.
Daarbij zou ook de mogelijkheid moeten bestaan om te komen tot longitudinaal onderzoek waarbij cohortes worden gevolgd in hun evolutie van gebruik. Aan de hand van kwalitatieve methodes kunnen omgevingsfactoren die middelengebruik en -misbruik bepalen bekeken worden. Er moet ook oog zijn voor moeilijker bereikbare populaties (in plaats van schoolgaande jongeren en personen in de hulpverlening). Bij dit alles mag niet vergeten worden dat alle middelen (alcohol, medicatie, illegale drugs) en gokken aandacht verdienen.

Administratieve cijfers hebben het voordeel dat ze meestal continu zijn, maar het nadeel dat ze onderling moeilijk te vergelijken zijn. Bij dit soort cijfers wordt dit mede bemoeilijkt door een gebrek aan expliciete en uniforme methodologie. Daarnaast speelt hier tevens een vertraging mee in de gegevensverwerking waardoor vaak recente cijfers ontbreken.

In vergelijking met het VAD-jaarboek 2000 resten in deze editie een aantal specifieke lacunes. Zo hebben we geen recente gegevens over het middelengebruik van volwassenen. We beschikken evenmin over internationaal vergelijkbare statistieken over druggerelateerde overlijdens. De gegevens over de hulpverlening zijn nu beperkt tot de tweede lijn: onderzoek of registratie bij zelfhulpgroepen of huisartsen gebeurde recentelijk niet. Ook over druggebruikers in de gevangenis kunnen we dit jaar geen gegevens presenteren.
Nieuw is dat we via kwalitatief onderzoek een beeld krijgen van de zorgbehoeften en de tevredenheid van druggebruikers over het bestaande hulpverleningsaanbod. Door een onderzoek in het algemeen welzijnswerk hebben we ook een idee van het voorkomen van drugproblemen bij cliënten in de niet-categoriale hulpverlening.
Drugpreventie komt in deze editie van het jaarboek iets meer uit de verf. Ook evaluatie is een thema dat in diverse sectoren als 'hot topic' wordt ontdekt. De MSOC's werden geëvalueerd en ook preventieinitiatieven zoals de leerlingenbevraging werden nader bekeken.

Bijlage
Methodologie en basisbevindingen van geraadpleegde onderzoeken

Huishoudbudgetenquête 2000

Bron: NIS (2001)

In 1995/1996, 1996/1997 en 1997/1998 deed het NIS drie huishoudbudgetenquêtes.
In 1999 hanteerde het NIS echter een nieuwe methode voor haar huishoudbudgetonderzoek. In plaats van één jaar is de bevragingstijd nu op één maand teruggebracht. Elke maand tekenen meer dan 300 huishoudens hun inkomsten en uitgaven op.
In de loop van 2000 zijn zo 3.816 huishoudens opgevolgd. De resultaten worden samengebracht voor één kalenderjaar. Met het huishoudbudgetonderzoek wil men het bestedingspatroon van de Belgen bepalen.

Jongeren en gezondheid – HBSC-studie

Bron: Maes en Vereecken (2000)

Het onderzoek 'Jongeren en gezondheid' maakt deel uit van het onderzoek 'Health Behaviour in School-Aged Children' van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het onderzoek loopt al van 1983, maar Vlaanderen deed voor het eerst mee in 1989. In 2000 werd de enquête in Vlaanderen voor de vijfde maal afgenomen bij een representatieve steekproef van de 11-, 13-, 15- en 17-jarige schoolgaande bevolking. 7.072 leerlingen vulden de vragenlijst in.
Het doel van de studie is 'meer inzicht te krijgen in gezondheidsgerelateerde attitudes en gedragingen van jongeren en de omgeving waarin zij zich ontwikkelen'. De enquête peilt naar diverse aspecten van het leven van de schoolgaande jeugd die het gezondheidsgedrag kunnen beïnvloeden. Middelengebruik is daar één van.

Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een drugbeleid op school

Bron: Kinable (2001)

Deze leerlingenbevraging is een middel om de discussie over jongeren en middelengebruik en hoe de school hiertegenover staat gemakkelijker te maken. In de eerste plaats is de bevraging bedoeld om op schoolniveau het drugbeleid op school onder de aandacht te houden en de scholen te ondersteunen bij de evaluatie van hun drugbeleid. Deze enquête heeft het niet enkel over druggebruik en frequentie van gebruik. Er wordt ook gepeild naar de sfeer op school en in de klas, de vrijetijdsbesteding van de leerlingen en de invloed van ouders en vrienden.
Op het Vlaams niveau krijgt men door de resultaten een zicht op het gebruik en attitudes van jongeren ten aanzien van genotmiddelen, de beleving van jongeren over het gevoerde drugbeleid op school, enz. De resultaten op Vlaams niveau kunnen aanzetten geven tot evaluatie van het drugbeleid op de Vlaamse scholen. Verder kunnen op basis van de resultaten en de besprekingen in de scholen, noden en knelpunten worden gede-

tecteerd, die richtinggevend kunnen zijn voor de verdere ondersteuning van scholen bij drugpreventie.
Elk schooljaar worden de resultaten samengebracht van de scholen die dat schooljaar de bevraging organiseerden. Ondertussen is dit reeds het derde rapport op rij.
Tussen 1 september 2000 en 30 juni 2001 vulden 38.992 leerlingen, uit 71 secundaire scholen, de vragenlijst in. Het gaat om leerlingen tussen 11 en 22 jaar. De leerlingen zijn gelijkmatig verdeeld over de drie graden. Het ASO is het sterkst vertegenwoordigd met 48,1% van de totale populatie (18.746 leerlingen), het TSO volgt met 30,5% (11.882 leerlingen), 20,3% van de leerlingen volgt BSO (7.899 leerlingen) en 0,7% KSO (277 leerlingen). Van de overige leerlingen is de onderwijsvorm niet gekend. De totale groep telde 18.025 jongens en 20.853 meisjes. Er zijn in verhouding meer meisjes in het ASO en het KSO, terwijl meer jongens in het TSO les volgen. In het BSO is de meisjes-jongens verhouding ongeveer gelijk.
Om de vergelijkingen tussen de drie schooljaren te kunnen maken werd uit de drie populaties een gestratificeerde steekproef genomen die identiek is samengesteld naar leeftijd, sekse en onderwijsvorm. Elke steekproef bevat de antwoorden van 15.618 leerlingen en bestaat uit evenveel jongens als meisjes tussen 12 en 18 jaar uit het ASO, TSO en BSO. De gemiddelde leeftijd bedraagt 15 jaar.

Trends in genotmiddelengebruik bij adolescenten van Vlaams-Brabant

Bron: Engels e.a. (2002)

Het doel van dit onderzoek is representatieve gegevens te verzamelen over het gebruik van tabak, alcohol, geneesmiddelen en illegale drugs bij jongeren tussen 12 en 22 in Vlaams-Brabant. Tussen februari en mei 2001 werden daarvoor 2.150 schoolgaande jongeren uit het secundair en het hoger onderwijs in Vlaams-Brabant bevraagd. 1.687 jongeren zaten in het secundair onderwijs, 463 waren studenten uit de eerste cyclus van het hoger onderwijs. De vragenlijst peilt naar sociodemografische gegevens, vriendenkring, sfeer thuis, gokken, middelengebruik, ouderlijk gezag, vrijetijdsbesteding, uitgaan, deviant gedrag. Ook werd de invloed van de federale Drugnota op het risicogedrag en de houding tegenover middelengebruik nagegaan. Er werden 46,2% jongens en 53,8% meisjes bevraagd. 45,5% is tussen 12 en 15 jaar, 34,4% is tussen 16 en 18 jaar en 19,1% is tussen 19 en 22 jaar. 8 op 10 jongeren wonen in Vlaams-Brabant, de overigen in Antwerpen of Limburg. 6% heeft een andere dan de Belgische nationaliteit. Bijna de helft heeft, op basis van beroep en opleidingsniveau van de ouders, een gemiddelde socio-economische status. Vier vijfde van de jongeren groeit op in een gezin met twee ouders.

Antwerpse scholieren over hun geestelijke gezondheid en delinquent gedrag

Bron: Vermeiren en Deboutte (2000)

Dit onderzoek, dat deel uitmaakt van een internationaal onderzoeksprogramma, wil een beeld geven van de geestelijke gezondheid van jongeren, wil de relatie tussen geestelijke gezondheid en delinquent gedrag onderzoeken en ten slotte delinquent gedrag voorkomen. Het onderzoek is gericht op jongeren in het middelbaar onderwijs in de stad Antwerpen. De onderzoekspopulatie bestaat uit een representatieve steekproef van jongeren uit het eerste, derde en vijfde jaar van het secundair onderwijs. Het onderzoek vond plaats van februari tot april 2000. De jongeren zijn tussen 12 en 21 jaar met een

gemiddelde leeftijd van 15 jaar. Er zijn iets meer jongens (57,6%) dan meisjes (42,2%) bevraagd. 73,1% is Belg, 11,7% is van Marokkaanse afkomst en 5,7% is van Turkse origine. Van 38% van de jongeren is de vader arbeider, het percentage werkloze vaders bedraagt 5%. Meer dan een derde van de vaders heeft een diploma van hoger of universitair onderwijs. De meeste moeders werken als bediende, maar hun opleidingsniveau is vergelijkbaar met dat van de vaders. Bijna driekwart van de jongeren woont bij beide ouders. 15,8% woont in een eenoudergezin en 9,1% in een nieuw samengesteld gezin. 70% heeft 1 tot 3 broers of zussen.

Ongevallen in de privé-sfeer waarbij de huisarts geraadpleegd wordt

Bron: Devroey e.a. (2001)

Doel van dit onderzoek is een schatting te maken van het aantal ongevallen in de privésfeer waarbij de huisarts geraadpleegd wordt. Via de huisartsenpeilpraktijken, een representatief netwerk van huisartsen, werden de gegevens geregistreerd. Naast de aard, het letsel en de plaats van het ongeval werden ook de activiteit, de betrokken producten, de voorbeschikkende factoren en de behandeling opgetekend. Onder betrokken producten wordt medicatie opgenomen en onder voorbeschikkende factoren worden ook inname van psychofarmaca of alcohol begrepen.
Tussen 2 januari 1995 en 31 december 1995 werden gegevens ingezameld bij 158 peilpraktijken. Er werden enkel patiënten van 60 jaar of ouder geregistreerd. Tussen 1 januari 1996 en 29 december 1996 registreerden 136 peilpraktijken, ditmaal voor alle leeftijdsgroepen maar er werd bij de bejaarden niet meer gevraagd naar de activiteit en de betrokken producten. Enkel de ongevallen waarbij de huisarts de eerste hulpverlener is, worden geregistreerd.
In 1995 werden 1.442 ongevallen bij 60-plussers geregistreerd. In 1996 werden 3.096 ongevallen geregistreerd door de huisarts.

Aids en HIV-besmetting in België

Bron: Sasse e.a. (2001)

De cijfers over aids en HIV-besmetting hebben uitsluitend betrekking op het aantal personen die als HIV-positief gediagnosticeerd werden en niet op het reële aantal besmette individuen.
De gegevens over de epidemiologie van aids en HIV-infectie komen enerzijds van de registratie van aidspatiënten door clinici en anderzijds van de registratie van seropositieven door de referentielaboratoria. De aidspatiënten zijn immers allen seropositief, niet alle seropositieven zijn aidspatiënt.
Er bestaan in België acht aids-referentielaboratoria. Zij voeren o.a. confirmatietesten uit op positieve sera. Omdat enkel deze acht laboratoria gefinancierd worden voor de confirmatietesten, geeft de aangifte van de nieuwe HIV-seropositieven een totaalbeeld van het totale aantal gediagnosticeerde seropositieven in België. De aangifte is anoniem. Vaak voeren referentielaboratoria meerdere confirmatietesten uit op het bloed van eenzelfde persoon. Daarom bestaat er een risico dat een aantal seropositieven meerdere malen aangegeven wordt. Om deze reden nemen zij enkel deze personen in de analyse van wie genoeg gegevens voorhanden waren om dubbeltelling uit te sluiten.
Naast het uitvoeren van de confirmatietesten trachten de referentielaboratoria een aantal epidemiologische gegevens van de seropositieven te verzamelen. Elke arts krijgt voor

elke nieuw ontdekte seropositieve persoon in zijn praktijk een gestandaardiseerd formulier toegestuurd. Daarop kan sekse, leeftijd, nationaliteit, mogelijke besmettingswijze en klinisch stadium op het ogenblik van de diagnose worden aangeduid. De behandelende arts geeft de aidspatiënten op een onafhankelijke manier aan.
Omdat dezelfde registratiecode wordt gebruikt voor seropositieven als voor aidspatiënten is het mogelijk om de twee bestanden te verbinden en zo te komen tot één groot databestand dat alle personen bevat die geïnfecteerd werden met HIV, of ze zich nu in het aidsstadium bevinden of niet.
Deze anonieme aangiften zijn gericht aan een commissie samengesteld uit clinici, virologen en epidemiologen. Deze commissie staat borg voor de vertrouwelijkheid van de gegevens. Zij komt eens per trimester samen om alle nieuw aangegeven aidsgevallen te verifiëren op conformiteit met de aidsdefinitie. De huidige aidsdefinitie in België is deze die werd voorgesteld door de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in 1987. De Dienst Epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid te Brussel valideert en analyseert deze gegevens, zowel voor seropositieven als voor aidspatiënten.

Begeleid wonen. Van appendix naar ruggengraat in de thuislozenzorg?

Bron: Lescrauwaet (2001)

Deze behoeftepeiling van het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk brengt het bestaande aanbod en de geplande reconversies in kaart. Het bestaande aanbod aan begeleid wonen wordt doorgelicht en de instroombehoefte vanuit opvangcentra naar begeleid wonen wordt bevraagd. Via casestudy's wordt tevens een kwalitatieve behoeftepeiling verricht bij kandidaat-bewoners. Het onderzoek richt zich op alle vormen van begeleid (zelfstandig) wonen, beschut wonen, pensionwonen, studiowonen,... weliswaar beperkt tot de sector van het algemeen welzijnswerk en initiatieven voor de opvang van thuislozen.

Schatting van het alcoholgebruik/misbruik in Vlaanderen en België

Bron: Cattaert en Pacolet (2002)

Dit onderzoeksrapport is de neerslag van een beperkte onderzoeksvraag van VAD ter voorbereiding van het VAD-colloquium 'Alcohol, bekijk het eens nuchter' in november 2001. Op basis van twee enquêtes bij een representatieve steekproef van de Belgische bevolking (gezondheidsenquête en huishoudbudgetenquête) gaan de onderzoekers na hoe de alcoholconsumptie nu verspreid is. Deze informatie wordt vergeleken met het profiel berekend volgens de Ledermann-formule. De resultaten worden tevens naast onderzoek bij huisartspatiënten en Nederlands onderzoek geplaatst.

Vlaamse Registratie Middelengebruik – registratiegegevens 1999

Bron: Vandenbussche (2001)

De Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM) schetst een beeld van de personen (aantal, kenmerken) die een beroep doen op hulpverlening omwille van alcohol-, medicatie- of illegaledruggebruik.
De gegevens die bij de hulpverleningsinstellingen worden opgevraagd zijn gebaseerd op de minimale variabelenset die door de Raad van Europa en het Europees Drugsobservatorium zijn opgesteld.

Aan de registratie van 1999 participeerden de Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ), Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ), de Therapeutische Gemeenschappen (TG), de crisisinterventiecentra (CIC) en de Dagcentra (DC), Medisch Sociale OpvangCentra (MSOC), Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en het straathoekwerk (SHW).
Met dit systeem worden de personen met middelengerelateerde problemen geregistreerd die in contact komen met de registrerende hulpverleningsinstellingen. De cijfers zeggen uiteraard niets over alle personen met middelenproblemen.
In totaal participeerden 12 van de 34 PAAZ (35,3%), 21 van de 40 PZ (52,5%), 83 van de 84 CGG (98,8%), alle TG en kortdurende therapeutische programma's, alle CIC's, alle DC's, alle MSOC's en 21 van de 35 straathoekwerkprojecten (60%) aan de VRM-registratie. Daarmee is het bereik nog vergroot tegenover het voorgaande registratiejaar.
In 1999 werden 15.436 personen geregistreerd. 3 op 10 cliënten komen uit de CGG, een vierde uit de PAAZ en een vijfde uit de PZ.
71,6% van de cliënten zijn mannen en 28,4% zijn vrouwen. In de PZ is het aandeel van de vrouwen in de cliëntengroep in vergelijking met de andere werkvormen het grootst (41,2%). De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 34 jaar. De gemiddelde leeftijd is het laagst in de TG (22 jaar) en het hoogst in de PZ (42 jaar). De gemiddelde leeftijd van vrouwen met middelengerelateerde problemen is doorgaans hoger dan die van de mannen. De meeste cliënten zijn Belgen (89,9%). De laatst beëindigde opleidingsvorm is voor de meeste cliënten (54,3%) secundair onderwijs. 39,8% van de cliënten in alle werkvormen is arbeider, 20,3% is niet-beroepsactief. De voornaamste bron van inkomsten van de cliënten met middelengerelateerde problemen zijn de inkomsten uit eigen beroepsactiviteiten (30,7%). 42,5% heeft inkomsten uit een vervangingsinkomen (werkloosheidsuitkering, leefloon, ziekte- of invaliditeitsinkomen en pensioen). De meeste cliënten zijn ongehuwd (53,1%)[117], maar wonen toch in één of ander gezinsverband (bij de ouders of familie of een eigen gezin). De helft van de personen die door de instellingen worden geregistreerd zijn nieuwe cliënten[118].
In de VRM wordt aangegeven voor welke producten de personen in de hulpverlening worden opgenomen. De hoofdcategorieën zijn: opiaten, stimulantia, slaap- en kalmeringsmiddelen, hallucinogenen, vluchtige snuifmiddelen, cannabis, alcohol en andere psychoactieve drugs. Alcohol (43,2%), stimulantia (16,1%) (en dan vooral amfetamines), cannabis (15,7%) en opiaten (15,3%) (en dan vooral heroïne) worden het meest geregistreerd. In de PZ en de PAAZ wordt bij 7 op 10 personen alcohol als eerste product geregistreerd. Als voornaamste product komt alcohol bijna niet voor in de TG, CIC, DC, MSOC en het SHW. In de TG, CIC, MSOC en het SHW wordt heroïne het meest geregistreerd als voornaamste product. In de CGG wordt bij twee vijfde van de cliënten alcohol als voornaamste product gescoord, bij een derde cannabis en bij een tiende amfetamines.
Van de 15.436 geregistreerde personen hebben er 6.918 (44,8%) meerdere producten gebruikt. Meestal gaat het om het gecombineerd gebruik van stimulantia en cannabis.

---

117 Burgerlijke staat werd niet geregistreerd door het straathoekwerk.
118 De 'soort patiënt' werd niet geregistreerd door het straathoekwerk.

De revalidatie van verslaafden

Bron: RIZIV (2001)

28 gespecialiseerde behandelingscentra voor verslaafden die niet over een ziekenhuiserkenning beschikken, hebben een financieringsovereenkomst met het RIZIV. Per rechthebbende waarvoor een revalidatieaanvraag wordt ingediend, worden een aantal administratieve gegevens geregistreerd op de dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. De dienst voor geneeskundige verzorging beschikt over een volledig geïnformatiseerd bestand over de revalidatie van verslaafden vanaf 1980 tot oktober 2000. Dit gegevensbestand bevat puur administratieve en medisch-administratieve gegevens. Medische gegevens zoals de diagnose van de aandoening en de historiek van de aandoening zijn er niet in opgenomen. In deze studie werden deze administratieve gegevens geanalyseerd met als doel de nodige informatie aan te brengen om het beleid naar de verslavingssector in de toekomst vorm te geven. De onderzoekspopulatie bestaat uit alle rechthebbenden van de verzekering die in de periode 1980-1999 eenmalig of meermaals in een revalidatiecentrum voor verslaafden zijn opgenomen.
Het bestand is opgezet voor administratieve doeleinden en kent zeker met het oog op onderzoek een aantal beperkingen:
- het gaat enkel om patiënten die behandeld zijn in revalidatiecentra voor verslaafden die een RIZIV-overeenkomst hebben afgesloten; daarbuiten kunnen problematische druggebruikers ook terecht bij de huisarts, psychiaters, psychologen, CGG, ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen;
- er ontbreken gegevens over de resultaten van de revalidatieprogramma's;
- de precieze revalidatieduur ontbreekt want het stopzetten van het revalidatieprogramma wordt niet systematisch bijgehouden;
- er is onvoldoende onderscheid tussen verschillende afdelingen van eenzelfde inrichting; er kan dus niet worden nagegaan hoeveel personen in het crisiscentrum van de inrichting werden opgenomen en hoeveel patiënten in de TG van die inrichting; ook de doorstroom tussen beide afdelingen van eenzelfde inrichting kan niet worden nagegaan;
- het gaat om een gemengde populatie van alcoholverslaafden en verslaafden aan illegale drugs;
- enkel het laatst bekende adres van de rechthebbende wordt geregistreerd, wat niet noodzakelijk overeenkomt met de werkelijke woonplaats.

Deze studie kan in de toekomst niet meer uitgevoerd worden omdat de individuele aanvragen vanaf november 2000 behandeld worden door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende en niet meer door het college van geneesheer-directeurs van het RIZIV. Het RIZIV heeft bijgevolg geen overzicht meer van deze sector.

De instroom in de Oost-Vlaamse hulpverlening

Bron: Vanderplasschen e.a. (2001)

Tussen februari 1999 en mei 2000 werden alle aanmeldingen en intakes inzake gebruik en afhankelijkheid van illegale drugs geregistreerd in elf voorzieningen met een specifiek hulpverleningsaanbod voor druggebruikers in de regio Gent – Aalst – Lokeren. Het gaat om centra geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen, ambulante centra, dagcentra, residentiële centra en stedelijke onthaalcentra[119]. De gegevens

[119] Begeleidingsdienst voor (beginnende) druggebruikers.

werden in de voorziening geregistreerd door de betrokken hulpverlener op een eenvormig registratieformulier.
Van februari tot september 1999 werden alle nieuwe aanmeldingen geregistreerd. Een aanmelding kan aanleiding geven tot een eerste persoonlijk contact met iemand van de voorziening (een afspraak), wat op zijn beurt aanleiding kan zijn voor de start van een behandeling (opname). In de periode oktober 1999 tot mei 2000 werden enkel de effectieve afspraken geregistreerd.
Er werden administratieve gegevens geregistreerd, gegevens over de aanmelding of de afspraak, sociodemografische gegevens, gegevens over druggebruik en over de afloop van de aanmelding of de afspraak.
De specifieke onderzoeksvragen die werden gesteld zijn:

- Hoeveel personen vallen uit in het proces van aanmelding tot de start van een behandeling?
- Wat zijn de kenmerken van de personen die een vraag naar behandeling stellen?
- Hoeveel cliënten zijn draaideurcliënten (doen binnen een korte periode een behandelingsaanvraag in verschillende voorzieningen) en wat zijn hun kenmerken?

Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen

Bron: Vanderplasschen e.a. (2002)

Met dit onderzoek wil men een aantal verschillende onderzoeksvragen beantwoorden. Men wil nagaan wat case management precies inhoudt. Men gaat de kenmerken na van de cliënten in behandeling in de Oost-Vlaamse drughulpverlening. Hoe ziet de concrete uitvoering van de methodiek van case management eruit in het Oost-Vlaamse proefproject, is een volgende onderzoeksvraag. Ten slotte wordt ook de impact van het geïmplementeerde model van case management nagegaan.
In oktober 1999 werd in 14 voorzieningen in de regio Gent-Lokeren die betrokken zijn bij de drughulpverlening een proefproject case management geïmplementeerd. Tijdens de eerste week van oktober 1999 werden alle cliënten die in de betrokken voorzieningen in behandeling waren of een vraag naar behandeling stelden geregistreerd en getoetst aan de inclusiecriteria[120] (afhankelijkheid van illegale drugs, problemen op verschillende ASI leefgebieden, aantal behandelingen omwille van drugproblemen en reeds in behandeling geweest in de voorziening). Aan degenen die aan de voorwaarden voldeden werd vervolgens hun medewerking gevraagd. Uiteindelijk werden 25 cliënten gedurende 12 maanden begeleid volgens een methodiek van case management. De doelgroep bestond uit druggebruikers met een langdurige, meervoudige en complexe problematiek die reeds in verschillende voorzieningen in behandeling waren geweest. Het proefproject liep in 7 residentiële en 6 ambulante diensten. Er waren 14 case managers bij het project betrokken.
De case managers werden tijdens het proefproject tweemaal individueel geïnterviewd door de onderzoekers. Daarnaast werd gebruik gemaakt van logboekgegevens, hande-

---

[120] 1) Meer dan 2 jaar afhankelijkheid van illegale middelen volgens DSM IV; 2) problemen op 3 of meer leefgebieden van de ASI (Addiction Severity Index); 3) 3 of meer vroegere behandelingen omwille van drugproblemen, waarvan 1 tijdens het laatste halfjaar; 4) vroegere behandeling(en) in de betreffende voorziening.

lingsplannen en verslagen van case managementvergaderingen. Er vond ook een evaluatiegesprek met de cliënten plaats. In een focusgroep discussieerden een aantal case managers over de onderzoeksresultaten. Met de MAPS-Unit[121] werd de werking van de voorziening en van de case manager in kaart gebracht.
Bij de cliënten namen de onderzoekers zowel aan het begin als op het eind van het proefproject de EuropASI[122], en de CMR[123] af.

Hulpverlening bij middelenmisbruik in Vlaams-Brabant

Bron: Vandenbussche en Jacobs (2002)

Door de gegevens van de provincie Vlaams-Brabant uit de VRM af te zonderen, wil men een beeld krijgen van het aantal en het profiel van de personen (aantal, kenmerken) die in Vlaams-Brabant een beroep doen op hulpverlening omwille van alcohol-, medicatie- of illegaledruggebruik. Daarnaast wil men de drughulpverlening in Vlaams-Brabant vergelijken met Vlaanderen.

De gegevens die bij de hulpverleningsinstellingen worden opgevraagd zijn gebaseerd op de minimale variabelenset die door de Raad van Europa en het Europees Drugsobservatorium zijn opgesteld.
Aan deze registratie van 1999 participeerden 9 PZ, 5 PAAZ, 3 CGG en 4 centra in de categorie TG-CIC-DC.
In totaal werden 2.552 personen met problematisch middelengebruik geregistreerd. Bijna de helft is opgenomen in een PZ, wat veel hoger is in vergelijking met Vlaanderen waar het aandeel van de PZ 21% bedroeg. 3 op 10 personen zijn opgenomen in een PAAZ, daar waar dit voor Vlaanderen gaat om een kwart. Een vijfde van de cliëntgegevens komt van een CGG. Een minderheid is afkomstig van de TG-CIC-DC.
62,2% van de cliënten zijn mannen en 37,8% zijn vrouwen. In de PAAZ is het aandeel van de vrouwen in de cliëntengroep in vergelijking met de andere werkvormen het grootst (48,4%).
De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 41 jaar (in Vlaanderen lag de gemiddelde leeftijd lager namelijk op 34 jaar). De gemiddelde leeftijd is het laagst in de TG-CIC-DC (24 jaar) en het hoogst in de PAAZ (45,5 jaar). De gemiddelde leeftijd van vrouwen met middelengerelateerde problemen is doorgaans hoger dan die van de mannen. 80,9% van de cliënten heeft minstens een diploma van secundair onderwijs. 35,8% van de cliënten in alle werkvormen is arbeider, 15,7% is niet-beroepsactief. De voornaamste bron van inkomsten van de cliënten met middelengerelateerde problemen zijn de inkomsten uit eigen beroepsactiviteiten (40%). Een even groot deel (40,4%) heeft inkomsten uit een vervangingsinkomen (werkloosheidsuitkering, leefloon, ziekte- of invaliditeitsinkomen en pensioen). Ongeveer een derde van de cliënten is gehuwd (32,2%), 20% is wettelijk of feitelijk gescheiden, maar het grootste deel (43,3%) is ongehuwd. Bijna de helft woont in één of ander gezinsverband (bij de ouders of fami-

---

[121] De MAPS-Unit ('Monitoring Area and Phase System') is een instrument om voorzieningen in de drughulpverlening in kaart te brengen.

[122] De EuropASI is de Europese versie van de 'Addiction Severity Index', een gestandaardiseerde vragenlijst waarin verschillende leefgebieden die verband houden met problematisch middelengebruik worden bevraagd.

[123] CMR staat voor 'Circumstances, Motivation and Readiness' en is een motivatieschaal die peilt naar de motivatie voor behandeling.

lie of een eigen gezin).
De grootste groep van de in Vlaams-Brabant geregistreerde cliënten is ook afkomstig uit Vlaams-Brabant: 36,1% komt uit het arrondissement Halle-Vilvoorde en 39,8% uit het arrondissement Leuven.
Alcohol (62,9%), slaap- en kalmeringsmiddelen (10,5%), andere psychoactieve drugs (7,4%), stimulantia (7,3%) (en dan vooral amfetamines) en cannabis (6,9%) worden het meest geregistreerd. In de PZ wordt bij vier vijfde van de personen alcohol als voornaamste product geregistreerd. Als voornaamste product komt alcohol bijna niet voor in de TG, CIC en DC. Cannabis komt als voornaamste product vooral voor in de CGG en de TG-CIC-DC.
Van de 2.552 geregistreerde personen hebben er 730 (28,6%) meerdere producten gebruikt. Het meest worden verschillende alcoholische dranken gecombineerd. Op de tweede plaats staat de combinatie alcohol-medicatie en ten slotte volgt gecombineerd gebruik van cannabis met stimulantia.

Evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers

Bron: Pelc e.a., 2001

Dit onderzoek in opdracht van de DWTC werd uitgevoerd door vier universiteiten: de Université Libre de Belgique evalueerde de MSOC's van Charlerloi en Bergen, de Universiteit van Gent evalueerde de MSOC's van Gent en Oostende, de Université de Liège evalueerde het MSOC van Luik en de Katholieke Universiteit van Leuven evalueerde de MSOC's van Antwerpen en Genk/Limburg. Het onderzoek liep van 1 april 1999 tot 31 maart 2001.
Het doel van het onderzoek is de evaluatie van de interne werking van de MSOC's en de evaluatie van het functioneren van de MSOC's in het netwerk. Uiteindelijk wil dit onderzoek de functie van de MSOC's in het kader van een algemene beleidsstrategie van hulpverlening voor druggebruikers optimaliseren. Het is een participatief en actiegericht onderzoek. Dit laatste betekent dat er een nauwe samenwerking en communicatie is tussen de onderzoekers en de MSOC's.
De studie bestaat uit drie delen: een piloot- en haalbaarheidsstudie, een epidemiologisch deel en proces- en effectevaluatie van de MSOC's.

Jaarverslag De Sleutel

Bron: De Sleutel (2001)

In 2000 werd voor de derde keer op rij de EuropASI afgenomen in verschillende afdelingen van De Sleutel. Met de EuropASI wordt informatie verzameld over 7 levensdomeinen: lichamelijke gezondheid; opleiding, arbeid en inkomen; alcoholgebruik; druggebruik; justitie; familiale en sociale relaties en psychisch-emotionele gezondheid. Op het einde van elk onderdeel wordt aan de cliënt een subjectieve beoordeling gevraagd van de last die zij de afgelopen 30 dagen op dat gebied ervaarden (= lastscores). Ze kunnen kiezen tussen 5 antwoordmogelijkheden: helemaal geen last, een beetje last, nogal wat last, tamelijk veel last en erg veel last. Er wordt ook gevraagd of ze behandeling van die problemen belangrijk achten (=hulpbehoeftescore). Ten slotte wordt ook aan de hulpverlener gevraagd om de ernst van de problematiek op de verschillende levensdomeinen in te schatten.
In 2000 werden in de verschillende afdelingen van De Sleutel 612 bruikbare

EuropASI's afgenomen, dit is een stijging van 7% tegenover 1999. 82,4% van de EuropASI's is afkomstig van mannen, 17,6% van vrouwen. De leeftijd van de cliënten varieert tussen 13 en 64 jaar met een gemiddelde leeftijd van 24,1 jaar. Tegenover 1999 is het aantal +31-jarigen toegnomen. De meesten zijn Belgen. De grootste groep woont in Gent (18,7%), Antwerpen (17,2%) en Brugge (15,8%). De maand voorafgaand aan de afname van de EuropASI verbleef 16% in de gevangenis, 8% in een centrum voor alcohol- of een andere drugbehandeling, 4% onderging een psychiatrische behandeling, 3% een medische behandeling en 10% verbleef in een andere inrichting. Tegenover 1999 werd een verdubbeling van het aantal ex-gedetineerden opgetekend.

Exploratief onderzoek naar zorgbehoeften van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod

Bron: De Wilde en Vanderplasschen (2002)

Dit kleinschalig onderzoek poogt een zicht te krijgen op de zorgbehoeften van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod. Dit exploratief onderzoek houdt dus het midden tussen een behoefte- en een tevredenheidsonderzoek.
Er werden in totaal 5 focusgroepen en 1 diepte-interview georganiseerd met druggebruikers die niet in contact komen met de categoriale hulpverlening en met druggebruikers die een beroep doen op de laagdrempelige, ambulante drughulpverlening.
De eerste groep werd gerekruteerd via contactpersonen van belangengroepen van druggebruikers (Belangengroep Antwerpse Druggebruikers (BAD), De Bond voor een Emancipatorisch Drugbeleid (DEBED) en Druggebruikers Overleg Gent (DOG)). Voor de selectie van de tweede groep werd een beroep gedaan op het Dagcentrum De Sleutel in Brugge, Free Clinic in Antwerpen en het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Altox in Antwerpen.
In totaal namen 38 druggebruikers deel aan de focusgroepen. Het gaat om 28 mannen en 10 vrouwen tussen 19 en 51 jaar. De gemiddelde leeftijd is 34 jaar. Bijna alle deelnemers zijn polydruggebruikers. De helft vond dat ze problemen hadden met het gebruik van heroïne, cocaïne en methadon. Een derde zei problemen te hebben met het gebruik van alcohol, cannabis en medicatie.
In de focusgroepen kwamen volgende topics aan bod: verloop van eerste contacten met de hulpverlening, tevredenheid met het huidige hulpverleningsaanbod en de zorgbehoeften van de doelgroep. Via een vragenlijst die de deelnemers invulden, werd aanvullende informatie verkregen over sociodemografische gegevens, productgebruik, eerste en laatste hulpvraag, ervaringen met en tevredenheid over het hulpverleningsaanbod.

Als de rook om je hoofd is verdwenen

Bron: Rosiers (2002)

Met dit onderzoek wil VAD nagaan hoe het gesteld is met het rookgedrag van de cliënten in de Vlaamse drughulpverleningssector en hoe sterk de attitude van de stafleden tegenover het invoeren van een rookstopbeleid in de instelling bepaald wordt door hun rook- en drinkstatus.
De onderzoeksdata werden verzameld aan de hand van een gestructureerde, zelf in te vullen vragenlijst. 18 items werden bevraagd aan de hand van multiple-choicevragen: 2 items gingen over de hulpverleningssetting, 1 item bepaalde het geslacht van de res-

pondent, 5 items gingen over roken en rookbeleid in de setting, 4 items over de persoonlijke attitude ten aanzien van alcohol en roken, 3 items over de houding ten aanzien van rookstopprogramma's en 3 items polsten de respondent naar de perceptie van het verband tussen alcohol, illegale drugs en nicotine. Ten slotte was voldoende ruimte voorzien voor aanvullende bemerkingen.
269 Vlaamse hulpverleningsvoorzieningen die -al dan niet categoriaal- met verslavingszorg bezig zijn, kregen een zending met vijf vragenlijsten. Per werksoort gaf dit volgende verdeling: 86 centra voor geestelijke gezondheidszorg, 49 psychiatrische centra, 34 psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, 15 instellingen uit de ambulante drugzorg, 10 therapeutische gemeenschappen, 6 dagcentra, 5 crisiscentra en 4 medisch-sociale opvangcentra. Daarnaast ontvingen nog 60 contactpersonen uit de hulpverlening de bundel. In een begeleidende brief werd het opzet van het onderzoek uitgelegd en werd gevraagd de vragenlijsten uit te delen aan de hulpverleners. Wie het wenste, kon vragenlijsten bijvragen of bijkopiëren.
De deelname aan de steekproef is gebaseerd op vrijwilligheid. Het enige selectiecriterium was dat de repondent hulpverlener is in één van de geselecteerde Vlaamse voorzieningen. Dit maakt dat we geen representativiteit nastreefden. Het is dan ook niet aan te tonen in welke mate de resultaten opgaan voor de hele groep hulpverleners in Vlaanderen. Maar gezien de steekproefgrootte kunnen de resultaten als indicatief worden beschouwd.
In totaal stuurden 399 hulpverleners hun ingevulde vragenlijsten terug. Het gaat om 162 mannen en 237 vrouwen. 230 respondenten werken in een residentiële hulpverleningssetting (57,6%), 155 in een ambulante setting (38,8%) en 14 in beide settings (3,5%). 387 personen antwoorden op de vraag over de dominante problematiek van de cliënten. 149 respondenten (38,5%) geven aan voornamelijk te werken met mensen met alcoholproblemen. Voor 82 anderen (21,2%) bestaat de populatie vooral uit personen met illegaledrugproblemen. Maar de grootste groep werkt met beide (n=156; 40,3%).

Jaaroverzicht DrugLijn

Bron: VAD (2001) en VAD (2002)

Bij de DrugLijn kan men terecht voor vragen over alcohol, illegale drugs, medicatie en onderwerpen die daarmee verband houden.
In totaal voerde de DrugLijn in 2000 5.818 authentieke gesprekken. In 2001 nam dat aantal nog fors toe tot 6.442 effectieve gesprekken. Er bellen meer vrouwen (twee derde) dan mannen (een derde) naar de DrugLijn. De leeftijdsgroepen van 16 tot 25 jaar (31% in 2000 en 26% in 2001), van 36 tot 45 jaar (26% in 2000) en van 40 tot 50 jaar (26% in 2001) vormen de grootste groep van opbellers. Tussen de 4% en 6% van de bellers is ouder dan 55 jaar. In iets meer dan een kwart van de gevallen (27% in 2000 en 26% in 2001) is de oproeper een gebruiker. Ook veel ouders (30%) en vrienden/partners/familie (20%) belden. Vanuit de provincie Antwerpen wordt het meest gebeld (30% in 2000, 31% in 2001). De provincies Oost-Vlaanderen (22% in 2000 en 23% in 2001) en Vlaams-Brabant en Brussel (19% in 2000 en 18% in 2001) volgen. Vanuit Limburg (14% in 2000 en 13% in 2001) en West-Vlaanderen (15% in 2000 en 2001) komen de minste oproepen binnen.
De gesprekken kunnen gaan over productinformatie, relationele of emotionele problemen en preventie of hulpverlening.

In 6 op 10 gesprekken kwam productinformatie aan bod, vooral dan de risico's en de effecten van de producten. In 7 op 10 gesprekken werd een relationeel, sociaal of emotioneel probleem besproken. In hoofdzaak ging het dan over relatieproblemen tussen ouder en kind. Vragen over preventie en hulpverlening kwamen in 6 op 10 van alle gesprekken aan bod. In 8 op 10 van de gesprekken komt minstens één product aan bod.

Rijden onder invloed van alcohol in België

Bron: Vanlaar (2001)

Om de twee jaar voert het BIVV een studie uit waarbij de omvang van het rijden onder invloed van alcohol en het profiel van de bestuurder onder invloed wordt bepaald. Om het profiel van de bestuurders onder invloed van alcohol te bepalen wordt een logit-analyse uitgevoerd. Dergelijke analyse geeft aan welke groepen (volgens sekse, leeftijd en aantal passagiers) relatief gezien het meest risico lopen op rijden onder invloed.

Nationale Criminele Databank

Bron: federale politie (2002)

De teleenheid binnen de nationale criminele databank is het proces-verbaal (PV). Dit betekent dat deze databank veeleer een weergave is van de politionele activiteit dan van de realiteit van het bezit, het gebruik, de handel of de verkoop van illegale middelen. Daarom dient men eerder te kijken naar de relatieve cijfers.
Op één PV kunnen maximum drie inbreuken worden aangeduid. De inbreuken over verdovende middelen zijn bezit, gebruik (in groep), verkoop, in- en uitvoer, vervaardiging, hulp aan gebruik, handel en andere. De inbreuk bezit wordt enkel geteld wanneer het de enige inbreuk is op het PV. De inbreuk import-export moet met de nodige voorzichtigheid bekeken worden omdat in de databank geen onderscheid kan gemaakt worden tussen import-export in het kader van drughandel en import-export in het kader van drugtoerisme voor eigen gebruik. Een PV voor druggebruik in groep wordt soms opgesteld voor een hele groep en soms per persoon. Bij de interpretatie van deze gegevens moet daarmee rekening gehouden worden. De inbreuken hulp aan gebruik, handel en andere worden gehergroepeerd in de categorie 'andere druginbreuken'.

Registratie van druggebruikers via de Vlaamse parketten en Brussel

Bron: Doucet e.a. (2002)

Sinds 1990 registreert de Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen in samenwerking met het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) de geverbaliseerde druggebruikers in Vlaanderen en Brussel. De registratie gebeurt jaarlijks gedurende drie maanden van 10 september tot 10 december. Over druggebruikers (geen dealers) die in deze periode in contact komen met de deelnemende parketten, omdat er tegen hen een proces-verbaal werd opgesteld door de politiediensten, wordt een beperkte vragenlijst ingevuld op basis van de geanonimiseerde gegevens uit het proces-verbaal. Dit gebeurt onmiddellijk nadat het proces-verbaal bij het parket aankomt. Met de registratiegegevens wil men het profiel schetsen van mensen die wegens druggebruik in contact komen met justitie (sekse, leeftijd, woonplaats, nationaliteit). Daarnaast wil men weten of er reeds vroeger contact was met justitie,

welke producten gebruikt worden en of er verbanden zijn tussen al deze aspecten.
Voor 2000 werden 3.754 bruikbare enquêteformulieren geregistreerd. De deelnemende parketten zijn Antwerpen, Brugge, Brussel, Dendermonde, Ieper, Kortrijk, Leuven, Mechelen, Oudenaarde, Tongeren, Turnhout, Veurne. Sinds 1996 zijn er geen gegevens verwerkt van het Gentse parket. Voor 2000 ontbreken ook de gegevens van het parket van Hasselt.

Ginger-rapport 2000

Bron: Rosiers (2001)

Ginger is een registratiesysteem voor drugpreventieactiviteiten. Er zijn zes doelstellingen aan Ginger gekoppeld: zicht krijgen op de preventieve activiteiten in de verschillende sectoren, het doorzichtig maken van verschillende kanalen en actoren van preventie, het detecteren van noden en hiaten, het ontwikkelen van een beleidsinstrument dat in de eigen organisatie bruikbaar is voor het vastleggen van prioriteiten, ontwikkelen van een evaluatieinstrument en ten slotte het uitwisselen van gegevens. De registratie van preventieactiviteiten gebeurt aan de hand van zes standaardcategorieën: sector, detailsector, type, doelgroep, activiteit en detailactiviteit. In 2000 waren er 65 deelnemers aan de registratie: 21 lokale preventiewerkers, 22 regionale preventiewerkers, 16 Vlaamse preventiewerkers en 6 onderwijsmedewerkers.

De leerlingenbevraging over een drugbeleid op school: een bruikbaar instrument?

Bron: Vanderplasschen e.a. (2001)

Tussen januari 1999 en juni 2000 nam een vierde van alle Vlaamse scholen deel aan de leerlingenbevraging. Het gaat om 275 scholen en 130.000 leerlingen.
Met dit evaluatieonderzoek wil VAD de leerlingenbevraging verder verbeteren en in kaart brengen hoever Vlaanderen staat met het drugbeleid op scholen.
Omdat VAD niet bij al deze scholen zelf kon peilen naar hun ervaringen met de bevraging, werd daarvoor samengewerkt met de vakgroep orthopedagogiek van de Universiteit Gent. Studenten van de tweede kandidatuur pedagogische wetenschappen interviewden sleutelfiguren (directie, leerkracht,...) in 220 scholen. VAD stelde daarvoor een vragenlijst op. Deze studenten werden begeleid door een groep van 12 studenten uit de derde licentie orthopedagogiek. Deze kleine groep stond tevens in voor de gegevensverwerking en de onderzoeksrapportage. Het onderzoek gebeurde in de periode november 2000 tot februari 2001.
Het evaluatiegesprek ging over drie aspecten van de bevraging namelijk de afname (wie nam initiatief?, wie deed de afname?, hoe gebeurde de afname?), het schoolrapport (wie las het rapport?, wat vindt men van de kwaliteit?) en de feedback naar leerlingen, leerkrachten en ouders (werden de resultaten meegedeeld?, hoe gebeurde dat?, welke aspecten werden daarbij beklemtoond?, deed men beroep op externen?, wat waren de reacties?, gebruikte men de tips?).

Thuis in vrije tijd. Een verkennend onderzoek over preventie van alcohol- en andere drugproblemen in jeugdwerkingen met maatschappelijk achtergestelde jongeren.

Bron: De Donder e.a. (2001)

Dit onderzoek heeft als doel inzicht te verwerven in de relatie tussen jongeren en jeugdwerkingen en in de aanknopingspunten die deze relatie biedt in het ontwikkelen van preventiestrategieën voor maatschappelijk achtergestelde jongeren. Daarnaast wil het ook aandachtspunten voor preventie van alcohol- en drugproblemen formuleren voor intermediairen[124]. Kernvragen daarbij zijn: hoe gaan werkingen met maatschappelijk achtergestelde jongeren om met middelengebruik en -misbruik? Hoe staan de jongeren die naar de werking komen tegenover de aanpak van middelengebruik en -misbruik in de werking?
Er werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek, omdat men op basis van kernvragen voeling wil krijgen met goede voorbeelden uit de praktijk. Dit vergt een diepgaandere analyse. Omdat gestructureerde vragenlijsten hieraan niet volledig kunnen beantwoorden, werd ervoor geopteerd diepte-interviews af te nemen. Aan de hand van een interviewleidraad, met daarin een aantal kernvragen over de belangrijkste items, werden jongeren en jeugdwerkers gepolst naar hun ervaringen, meningen, attitudes,... .
Er werden vijf jeugdwerkingen voor maatschappelijk achtergestelde jongeren geselecteerd uit de provincies Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg. Eén werking fungeerde als testcase. Het gaat om twee allochtone werkingen (één Turkse en één Marokkaanse werking), twee autochtone en één gemengde werking (testcase). In totaal namen we zes interviews van jeugdwerkers af. Per werking deden we ook diepte-interviews met 5 jongeren die behoren tot de 'vaste' kern van de werking. In totaal werden 22 jongeren geïnterviewd, 12 meisjes en 10 jongens. De jongste respondent is 13 jaar, de oudste is 23 jaar. De gemiddelde leeftijd van de jongeren die we interviewden is 18 jaar. We spraken met 11 allochtone en met 11 autochtone jongeren. De meeste jongeren gaan nog naar school, enkelen zijn al aan het werk (4) en enkelen zijn werkloos (4).
Alle interviews vonden plaats in de periode oktober tot december 2000.

Statistische gegevens inzake veroordelingen, opschortingen en interneringen

Bron: Alberty e.a. (2001)

Het statistisch Steunpunt van de Dienst Strafrechtelijk Beleid van het ministerie van Justitie verwerkt de statistieken over de veroordelingen, de opschortingen en de interneringen die werden uitgesproken door de strafrechtbanken. Deze gegevens werden voor de eerste maal voor het jaar 1993 gepubliceerd. De statistiek is gebaseerd op de veroordelingsberichten. Een veroordelingsbericht wordt opgesteld op de griffie van de rechtbank op basis van het vonnis. Het bevat inlichtingen over het veroordeeld individu, over de procedure, over de genomen beslissingen en over de weerhouden feiten.

---

[124] Intermediairen zijn voor het preventiewerk de tussenfiguren/sleutelfiguren die in contact staan met de (potentiële) gebruiker(s) of werken met risicogroepen. Sleutelfiguren kunnen zowel de omgeving (individuele personen, maar ook de groep of organisatie waartoe zij behoren) als eerstelijnswerkers en –hulpverleners zijn. Intermediairen kunnen door hun nabijheid, hun makkelijke toegang tot de doelgroep en hun specifieke deskundigheid een centrale rol spelen bij het voorkomen van problemen.

Literatuur

Alberty, C., Beuken, M., De Ketele, S., Raemaekers, N., Van Vaerenbergh, J., Van der Veken, P. (2001).
Statistische gegevens inzake veroordelingen, opschortingen, interneringen 1996. Brussel: Statistisch Steunpunt, Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid, Ministerie van Justitie.

Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie vzw (2001).
Basisgegevens editie 2001. Brussel: Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie.

Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (2001).
Jaarverslag verkeersveiligheid 2000. Brussel: Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid.

Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (2002a).
Gegevens over drugcontroles 2001 - verkregen op verzoek.

Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (2002b).
Gegevens over alcoholcontroles tijdens eindejaarsperiode - verkregen op verzoek.

Casselman, J., Meuwissen, K. (2001).
Evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers Antwerpen – Genk/Limburg. Brussel: Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden (D.W.T.C.).

Cattaert, G., Pacolet, J. (2001).
Schatting van het alcoholgebruik/misbruik in Vlaanderen en België. Leuven: HIVA, Brussel: VAD.

Cloots, H., De Kind, H., Dejonghe, M., Hoebrechts, N., Hooft, P., Janssens, P., Monette, L., Moreau, L., Vander Bracht, W. (red.) (2001).
Gezondheidsindicatoren 1999. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Entiteit Beleidsondersteuning – team beleidsevaluatie.

Confederatie der Brouwerijen van België (2001a).
Kaap van 15.000.000 hl bierproductie in zicht. *Het Brouwersblad*, juni 2001, *108*, 2, 8-11.

Confederatie der Brouwerijen van België (2001b).
Wat is de toekomst van onze export?. *Het Brouwersblad*, juni 2001,*108*, 2, 12-22.

Confederatie der Brouwerijen van België (2001c).
Hoeveel geeft de Belg uit aan bier?. *Het Brouwersblad*, juni 2001, *108*, 2, 23-25.

De Donder, E. (2000).
Alcohol, illegale drugs & medicatie. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 1999. Brussel: VAD, Leuven: Acco.

De Donder, E. (2001).
Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2000. Brussel: VAD.

De Donder, E., Rosiers, J., Vandenberghe, E. (2001).
Thuis in vrije tijd. Een verkennend onderzoek over preventie van alcohol- en drugproblemen in jeugdwerkingen met maatschappelijk achtergestelde jongeren. Brussel: VAD.

Delhaas, R., Eussen, G. (1999).
102 Vragen over alcohol, drugs, gokken ... .Alkmaar: Brijder Stichting.

De Ruyver, B., Bosman, G., Bullens, F., Vander Laenen, F. (2001).
Evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers. Deelrapport Gent-Oostende. Brussel: Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden (D.W.T.C.).

De Sleutel (2001).
Jaarverslag 2000. Merelbeke: De Sleutel.

De Spiegelaere, M., Wauters, I., Roesems, T. (red.) (2001).
Gezondheidsindicatoren Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2001. Brussel: Question Santé.

Dom, G. (red.) (2000).
Drug-skenner. Wat iedereen moet weten over drugs, tabak, alcohol en medicijnen. Berchem: Epo.

Doucet, K., Van Hal, G., Van Damme, P. (2002).
Registratie van druggebruikers via de Vlaamse parketten en Brussel, eindwerk ter verkrijging van het diploma specialisatie in de jeugdgezondheidszorg, interuniversitaire opleiding, academiejaar 2001-2002.

De Wilde, J., Vanderplasschen, W. (2002).
Exploratief onderzoek naar zorgbehoeften van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod. Brussel: VAD, Gent: Universiteit Gent.

Engels, T., Lambrecht, P., Andries, C. (2002).
Trends in het genotmiddelengebruik bij adolescenten van Vlaams-Brabant. Onderzoek naar het tabak-, alcohol-, geneesmiddelen- en illegaal genotmiddelengebruik en andere risicogedragingen in de provincie Vlaams-Brabant bij jongeren van 12 tot 22 jaar. Brussel: VUB.

Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (2000).
Jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie 2000. Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.

Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (2001).
Jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie 2001. Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.

Federale Politie – Directie van de Geïntegreerde Werking van de Politie
Criminaliteitsgegevens 2000 - verkregen op verzoek.

Federale Politie – Programma drugs
Gegevens over inbeslagnames 2000 - verkregen op verzoek.

Federale Politie – Programma drugs
Gegevens over drugprijzen 2000 - verkregen op verzoek.

Federale Politie
Nationale criminele databank – gegevens 2000 - verkregen op verzoek.

IMS Health
Verkoops- en voorschriftgegevens - verkregen op verzoek.

Instituut voor Nationale Rekeningen (2001).
Statistieken van de buitenlandse handel. Belgisch-Luxemburgse Economische Unie, Jaarboek 2000.

Kinable, H. (2001).
Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid Op School. Syntheserapport schooljaar 2000-2001. Brussel: VAD.

Lescrauwaet, D. (2001).
Begeleid wonen. Van appendix naar ruggengraat in de thuislozenzorg? Resultaten van een behoeftepeiling in het autonoom algemeen welzijnswerk. Berchem: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.

Leurquin, P., Bils, L., Hariga, F., Köttgen, S., Laudens, F., Vanderveken, M. (2000).
Belgisch nationaal rapport over drugs 2000. Brussel: BIRN, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Dienst epidemiologie, IPH/EPI Reports nr. 2000-018.

Maes, L., Vereecken, C. (2000).
Jongeren en gezondheid – resultaten van de enquête 2000
zie http://allserv.rug.ac.be/~cvereeck/hbsc

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap
Statistiek van de doodsoorzaken 1999 - verkregen op verzoek.

Ministerie van Financiën (2000).
Jaarverslag 2000. Brussel: Administratie van douane en accijnzen.

Ministerie van Justitie (1999).
De jaarlijkse statistieken van de hoven en rechtbanken. Gegevens 1998, nr. 1, Brussel: Ministerie van Justitie, Secretariaat Generaal, Dienst statistiek.

Nationaal Instituut voor de Statistiek (2001a).
Huishoudbudgetonderzoek 2000 – zie www.statbel.fgov.be

Nationaal Instituut voor de Statistiek (2001b).
Industrie en bouwnijverheid. Industriële productie in 2000 – PRODCOM en NIET- PRODCOM.
Brussel: Ministerie van Economische Zaken.

Nationaal Instituut voor de Statistiek (2001c).
Verkeersongevallen op de openbare weg met doden en gewonden 2000.
Brussel: Nationaal Instituut voor de Statistiek.
Paulus, C. (2002).
Voorstelling WODCA-wagen. Perstekst 29 mei 2002.

Pelc, I., De Ruyver, B., Casselman, J., Noirfalise, A., Macquet, C., Bosman, G., Bullens, F., From, L., Meuwissen, K., Nicaise, Vander Laenen, F., Warland, O. (2001). *Evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers. Algemeen rapport.* Brussel: Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden (D.W.T.C.).

Produktschap voor gedistilleerde dranken (2001). *World Drink Trends 2002.* Oxfordshire: World Advertising Research Center Ltd.

Rijksdienst voor sociale zekerheid *Gedecentraliseerde gegevens over de tewerkstelling 2000* – Data verkregen op verzoek.

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) (2001). *De revalidatie van verslaafden 1980-1999.* Brussel: RIZIV, INAMI, Dienst voor geneeskundige verzorging, juni 2001.

Rosiers, J. (2001). *Preventie van alcohol- en andere drugproblemen. Monitoring van activiteiten. Presentatierapport 2000.* Brussel: VAD.

Rosiers, J. (2002). Als de rook om je hoofd is verdwenen. Onderzoek naar de houding van hulpverleners over roken in hun behandelingssetting. In: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. *Alcohol. Bekijk het eens nuchter.* Referatenbundel VAD studiedag 22 november 2001. Brussel: VAD.

Rosiers, J., Vannijvel, V. (2002). *Ginger Vlaams-Brabant. Bespreking provinciale Ginger gegevens 2000.* Heverlee: Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams Brabant vzw logistiek VLABO.

Sasse, A. (2001). *Aids in België: situatie op 31 december 2000.* Semestrieel rapport nr. 52, Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – dienst epidemiologie.

Sasse, A., Van Kersschaever, G., Stroobant, A., (2001). *De epidemiologie van aids en HIV-infectie in België. Toestand op 31 december 2000.* Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – dienst epidemiologie., IPH/EPI reports nr. 2001-015.

Sergeaent, A., Van Havere, T. (2002). *Onderzoek naar hoe druggebruikers hun zorgbehoeften en hulpverleningsaanbod ervaren.* Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van licentiaat in de pedagogische wetenschappen, optie orthopedagogiek, academiejaar 2001-2002, Gent: Universiteit Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, niet gepubliceerd proefschrift.

StudentStart drugsenquête zie http://www.studentstart.be/Drugsenquete

Vandenbussche, E. (2001). *Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM). Registratiegegevens 1999.* Brussel: VAD

Vandenbussche, E., Jacobs, T. (2002).
Hulpverlening bij middelenmisbruik in Vlaams-Brabant. Profilering van cliënten en voorzieningen. Heverlee: Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams Brabant vzw logistiek VLABO.

Vanderplasschen, W., De Donder, E., Lenoir, S., Roets, G. (2001).
De leerlingenbevraging over een drugbeleid op school: een bruikbaar instrument?. Brussel: VAD, Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Vanderplasschen, W., Lievens, K., Broekaert, E. (2001).
De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening. Registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 1999 en mei 2000. Gent: Universiteit Gent, Gent: Provincie Oost-Vlaanderen, Drongen: PopovGGZ.

Vanderplasschen, W., Lievens, K., Broekaert, E. (2002).
Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen. Gent: Universiteit Gent, Gent: Provincie Oost-Vlaanderen, Drongen: PopovGGZ.

Vanlaar, W. (2001).
Rijden onder invloed van alcohol in België. Resultaten van de tweede gedragsmeting, uitgevoerd in 2000. Brussel: Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid.

Vanlaar, W. (2002).
Results of the Belgian Drink Driving Roadside Survey. Ongepubliceerde paper.

Van Tielen, R. (red.) (2001).
Compendium gezondheidsstatistiek 2001. Brussel: Belgisch Instituut voor de Gezondheidseconomie.

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (2001).
De Druglijn jaaroverzicht 2000. Brussel: VAD.

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (2002).
Jaarverslag Druglijn 2001. Brussel: VAD.

Vermeiren, R., Deboutte, D. (2000).
Antwerpse scholieren over hun geestelijke gezondheid en delinquent gedrag. Samenvattend rapport van een ontwikkelingsepidemiologisch onderzoek. Antwerpen: Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen.

Willemen, R. (2001).
Gokken: dossier over kansspelen: wetgeving, hulpverlening en preventie: stand van zaken. Brussel: VAD.

Naar jaarlijkse gewoonte zocht de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) in diverse bronnen naar recente cijfers over middelengebruik. De oogst is weer bijzonder omvangrijk en divers. Waar gaat onze drankvoorkeur naar uit en waar plaatst ons dat op wereldvlak? Bevestigen de cijfers onze slechte reputatie van pillenslikkers? Volgt België de trend van stijgend cocaïnegebruik? Middelengebruik kan ook aanleiding geven tot gezondheidsproblemen, tot een vraag naar hulp of tot een confrontatie met het justitieel apparaat. Hoeveel ongevallen gebeuren onder invloed van alcohol? Hoe sterk is de relatie tussen HIV-besmetting en druggebruik? Wie zoekt hulp voor middelengebruik? Hoeveel personen werden veroordeeld voor drugmisdrijven? ... Ook daarover zetten we de cijfers naast elkaar.

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) is een overkoepelende organisatie van instellingen en verenigingen die zich in Vlaanderen richten op studie, preventie en hulpverlening inzake alcohol- en andere drugproblemen.



V.U.: S. Ansoms - VAD - E. Tollenaerestraat 15 - 1020 Brussel • Wettelijk depotnummer D/2002/6030/17